

# **Trauer und Verarbeitung des plötzlichen Todes eines Kindes**

Unterstützung der Trauernden durch professionelle Interventionen  
des Pflegepersonals

Bachelorarbeit

Im Rahmen der Ausbildung zur Pflegefachfrau FH

von

**Olivia Luginbühl**  
Bachelor 2007-2010

Erstgutachterin: Ulrike-Renate Nigl-Heim

**Hochschule für Gesundheit Freiburg**  
Studiengang Bachelor in Pflege

5. Juli 2010

## Abstract<sup>1</sup>

**Hintergrund:** Beim plötzlichen Verlust des eigenen Kindes haben die Eltern die Aufgabe sich mit der Trauer und dem Leid auseinander zu setzen, um mit der neuen Lebenssituation zurechtzukommen. Oft sind die Pflegefachpersonen<sup>2</sup> diejenigen, die nach diesem Verlust dem Trauernden zugegen sind. Doch die Unterstützung und Pflege durch die Fachpersonen wird als unzureichend und mangelhaft beschrieben. Viele Eltern empfinden, dass die professionelle Fähigkeit, um gezielte Hilfe anzubieten, fehlt. **Ziel:** Das Ziel ist, klare professionelle Pflegeinterventionen zu formulieren und Unterstützungssysteme mit einzubeziehen, damit die Erwartungen der Familie erfüllt werden können und die Betroffenen angepasste Hilfe, zum Einstieg in den neuen Lebensalltag, erhalten. **Methode:** Zur Erreichung des Ziels wird eine systematische Literaturübersicht erarbeitet. Auf verschiedenen Datenbanken erfolgte die Suche nach Forschungsarbeiten und anhand bestimmter Kriterien wurden elf geeignete Studien einbezogen. **Ergebnisse:** Die Pflegefachpersonen müssen Trauertheorien kennen und verstehen, um jeden Betroffenen individuell und professionell betreuen zu können. Der Trauernde muss seinen Trauerprozess unbedingt durchleben, und deshalb ist der positive Einstieg in diesen Prozess, abhängig vom Pflegepersonal, sehr wichtig. Dazu sind weitere Unterstützungsmassnahmen wie Psychologen, Pfarrer, Sozialarbeiter, das soziale Umfeld und Selbsthilfegruppen auch von grosser Bedeutung. **Schlussfolgerungen:** Die Unterstützung Trauernder ist eine grosse Herausforderung, bei der die individuelle Betreuung sehr wichtig ist. Das Ziel konnte mittels der elf Studien erreicht werden, doch der Forschungsbedarf zu dieser Thematik besteht weiterhin.

---

<sup>1</sup> Siehe Glossar Kapitel 8

<sup>2</sup> Alle genderspezifischen Begriffe, welche in dieser Arbeit verwendet werden, gelten stets für beide Geschlechter.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>7</b>
1.1. Problembeschreibung .....	7
1.1.1. Die Trauer der Eltern.....	7
1.1.2. Die Aufgaben der Pflegenden .....	8
1.2. Fragestellung.....	9
1.3. Ziel/Absichten.....	9
<b>2. Theoretischer Rahmen.....</b>	<b>10</b>
2.1. Was bedeutet Trauer?.....	10
2.2. Die Trauerphasen.....	11
2.3. Probleme des unterdrückten Trauerprozesses.....	14
<b>3. Methodologie .....</b>	<b>16</b>
3.1. Design .....	16
3.2. Ablauf der Literatursuche .....	16
3.2.1. Suchbegriffe und Suchkriterien / Limits.....	17
3.2.2. Ein- und Ausschlusskriterien.....	17
3.2.3. Anzahl und Auswahl der gefundenen Studien .....	18
3.3. Analyse .....	18
3.3.1. Beurteilung und Bewertung der Literatur.....	19
3.4. Ethische Überlegungen .....	19
<b>4. Ergebnisse .....</b>	<b>21</b>
4.1. Pflege der Trauernden muss Evidence-basiert sein.....	21
4.1.1. Verlusttheorien – Paradigmawechsel.....	22
4.2. Gefühle der Trauernden nach dem Verlust .....	22
4.3. Kultur/Religion und Psyche .....	24
4.4. Verschiedene Unterstützungsressourcen.....	24
4.4.1. Soziale Unterstützung .....	24
4.4.2. Unterstützung von nahestehenden Personen .....	25
4.4.3. Unterstützung von Selbsthilfegruppen für Trauernde.....	25
4.4.4. Unterstützung durch professionelles Hilfspersonal .....	26

4.5.	Mögliche Verstärkung der komplizierten Trauer .....	27
<b>5.</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>29</b>
5.1.	Pflege der Trauernden muss Evidence-basiert sein .....	29
5.1.1.	Verlusttheorien – Paradigmawechsel .....	30
5.2.	Gefühle der Trauernden nach dem Verlust .....	31
5.3.	Kultur/Religion und Psyche .....	31
5.4.	Verschiedene Unterstützungen .....	32
5.4.1.	Soziale Unterstützung .....	32
5.4.2.	Unterstützung von nahestehenden Personen .....	33
5.4.3.	Unterstützung von Selbsthilfegruppen für Trauernde .....	34
5.4.4.	Unterstützung durch professionelles Hilfspersonal .....	34
5.5.	Mögliche Verstärkung der komplizierten Trauer .....	35
5.6.	Fazit der Diskussion .....	36
<b>6.</b>	<b>Schlussfolgerungen .....</b>	<b>37</b>
6.1.	Beantwortung der Fragestellung .....	37
6.1.1.	Bedeutung für die Pflege .....	38
6.1.2.	Empfehlungen zur Implikation der Ergebnisse in die Praxis .....	38
6.2.	Kritische Würdigung der Arbeit .....	39
6.3.	Lernprozess .....	40
6.3.1.	Lernprozess zur Thematik .....	40
6.3.2.	Lernprozess zur Forschung und zum methodologischen Vorgehen .....	40
<b>7.</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>42</b>
<b>8.</b>	<b>Glossar .....</b>	<b>45</b>
<b>9.</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>47</b>
A)	Schritte zur Erstellung einer systematischen Literaturübersicht .....	47
B)	Suchstrategie/Ablauf der systematischen Literatursuche .....	48
C)	Überblick der ausgewählten Literatur .....	51
D)	Beurteilungsbogen nach Mayer (2007) .....	52
E)	Ausgeschlossene Studien nach Mayer .....	53

F)	Beurteilungsraster mit den dazugehörigen Beurteilungen nach Behrens und Langer (2004).....	55
G)	Zusammenfassungen der ausgewählten Literatur.....	70
H)	Die 6 Schritte der EBN-Methode .....	88
I)	Selbstständigkeitserklärung.....	89

## **Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: Schritte zur Erstellung einer systematischen Literaturübersicht .....	47
Abb. 2: Die 6 Schritte der EBN-Methode .....	88

## **1. Einleitung**

In diesem Kapitel wird eine Problematik beschrieben, welche für die Autorin in der Praxis eine grosse Bedeutung einnimmt. In der Problembeschreibung werden zwei verschiedene Sichtweisen dargelegt, welche genau zeigen, warum es wichtig ist, dass sich die Betroffenen mit dem Thema Trauer auseinandersetzen. Von grosser Bedeutung ist, dass die Pflegefachpersonen wissen, wie sie den Leidenden professionelle Hilfe und Unterstützung geben können und wissen, wie sie ihre Rolle wahrzunehmen haben. Anschliessend leitet die Autorin eine pflegerelevante Fragestellung ab und stellt konkrete Absichten sowie Ziele auf.

### **1.1. Problembeschreibung**

Es ist etwas vom Natürlichsten, dass ein Mensch stirbt. Doch normalerweise sterben Eltern vor ihren Kindern. Die elterliche Trauer wurde als intensivste und überwältigendste Trauer beschrieben (Davies, 2003), die über Monate oder Jahre anhalten kann, die Betroffenen möglicherweise sogar für den Rest des Lebens begleitet (Riley, Lamontagne, Hepworth & Murphy, 2007).

#### **1.1.1. Die Trauer der Eltern**

Nach Cook und Phillips (1995) hat jedes Individuum die Aufgabe sich mit der Trauer und dem Leid nach einem Verlust auseinander zu setzen, um mit dieser Erfahrung zurechtzukommen. Dieses Erleben ist von Mensch zu Mensch sehr individuell (Cook & Phillips, 1995), und ist von der Familienkultur, sowie der eigenen Kultur, der Persönlichkeit, des Lebensstils und den Familienbeziehungen abhängig (Laakso & Paunonen-Ilmonen, 2002).

Wenn ein Kind aus dem Leben der Eltern tritt, haben sie die Aufgabe, sich an die neue Situation anzupassen und zu lernen, wieder Tritt zu fassen. Aufgrund der Individualität der Reaktion auf den Trauerprozess ist abzuleiten, dass je nach Verlust verschiedene emotionale Reaktionen daraus folgen werden (Cook & Phillips, 1995). Zerbrechungen lösen starke Gefühlsreaktionen dort aus, wo eine Bindung zu einem Menschen besteht (Worden, 1999). Die Auseinandersetzung mit diesen Traueremotionen ist von grosser Bedeutung und gleichzeitig eine der schwierigsten Aufgaben, die trauernde Eltern zu bewältigen haben (Znoj & Keller, 2002). Doch der Trauerprozess ist notwendig, um im Leben wieder Tritt zu fassen (Kast, 1999).

Die soziale Unterstützung, um den Verlust zu bewältigen, darf nicht vernachlässigt werden. Der Partner oder Ehegatte, die Eltern, die restlichen Kinder, die Grosseltern, die Verwandten, die Freunde und die Kollegen übernehmen eine wichtige Rolle bei der Verarbeitung der Trauer

(Laakso & Paunonen-Ilmonen, 2002). Wichtig ist, dass sich der Betroffene in seiner Verzweiflung nicht alleine fühlt und dass er lernt, dass es möglich ist, mit dem Tod umzugehen und nach vorne zu schauen.

Auch Selbsthilfegruppen von Trauernden scheinen eine weitere Unterstützung zu bieten, den Trauerprozess positiv in Gang zu halten. Menschen, die ähnliche Erfahrungen in solchen Lebenssituationen gemacht haben, können gegenseitigen Halt geben und sich ermutigen, die Emotionen auszudrücken (Kast, 1999).

### **1.1.2. Die Aufgaben der Pflegenden**

Die Bedeutung der Pflegefachpersonen in der akuten Phase nach dem Tod eines nahestehenden Menschen, kann mit einigen Erfahrungswerten begründet werden.

Es ist kein leichter Prozess, den die Familie durchleben muss. Deshalb hat das Pflegepersonal die Aufgabe, die Familie optimal professionell zu betreuen und zu unterstützen (Cook & Phillips, 1995).

Eine Studie unterstreicht diesen Punkt mit der Überprüfung der Rolle der Pflegefachpersonen in einer solchen Situation. Die Fachkräfte haben grosses Gewicht bei der Verarbeitung von Trauer und können Hilfe leisten (Kent & McDowell, 2004). Vom Praxispersonal erwarten die Mütter praktische Ratschläge, Informationen über Selbsthilfegruppen, echtes Interesse an ihrem Umgang mit Trauer und Kommunikationsbereitschaft (Laakso & Paunonen-Ilmonen, 2002).

Viele Eltern empfinden den Mangel an Informationen, wie die Eltern mit dem Tod umgehen können, als belastend, sowie auch die kommenden Veränderungen, die sich in ihrem Leben ergeben werden (Woodgate, 2006).

Eine Forschung hebt hervor, dass Pflegefachpersonen den Trauernden oft nur unzureichende Pflege und Antworten geben können, nicht diejenigen, die sie bräuchten. Die nötige professionelle Fähigkeit, um die gezielte Hilfe anzubieten, fehlt. Es wird auch die Notwendigkeit für professionelle Helfer, dass es den Trauerprozess zu verstehen gilt, betont. Da die Trauer eine Zeit grosser Verletzbarkeit und Stress bedeutet, kann es zu einer Verschlechterung der körperlichen Gesundheit kommen sowie auch des psychischen Wohlbefindens. Zusätzlich wird geäussert, dass die trauernden Menschen öfters einen Spitalaufenthalt brauchen, in eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit geraten und eher suizidgefährdeter sind. Dies verdeutlicht die Wichtigkeit für das Pflegepersonal die Herausforderung anzugehen und die Betroffenen in ihrer Trauer wirksam zu unterstützen (Kendrick, 1998).



Nach Kent und McDowell (2004) nehmen die Pflegepersonen die wichtige Rolle ein, den Verlust zu erleichtern und die Betreuung auf praktischem und rücksichtsvollem, Evidence<sup>3</sup>-basiertem Stand zu vollziehen.

Anhand dieser dargelegten Punkte versteht die Autorin die professionelle Unterstützung der Familie nach dem Tod eines Kindes als sehr wichtig und als unbedingt nicht zu vernachlässigbar. Die Unklarheiten der Betreuung, die mangelnden professionellen Fähigkeiten gezielte Hilfe zu leisten, die möglichen Spätfolgen, die auftreten können, sowie die Wichtigkeit eines durchlebten Trauerprozesses für die ganze Familie sind die Begründungen, sich mit diesem Thema tiefer zu beschäftigen. Es braucht für die Zukunft eine den Betroffenen stützende, auf Wissenschaft fundierte Haltung, um diesen professionell zu begleiten, weil der Trauerprozess nach jedem Verlust unverzichtbar ist.

## **1.2. Fragestellung**

Wie anhand der Problemstellung ersichtlich wird, ist die elterliche Trauer die extremste und da darf die kompetente Unterstützung des Pflegepersonals nach dem Tod eines Kindes nicht fehlen. Somit leitet die Autorin folgende Fragestellung ab:

**Was beinhaltet die professionelle Unterstützung trauernder Eltern, unmittelbar nach dem plötzlich eingetretenen Tod ihres Kindes und in der Zeit danach?**

## **1.3. Ziel/Absichten**

Dass die Betreuung und Unterstützung der Familie professionell erfolgen muss, wird anhand der Literatur und der Recherchen gut ersichtlich. Trotzdem gibt es einige Lücken und Unklarheiten, wie sich das Pflegepersonal zu verhalten hat.

Das Ziel dieser Arbeit ist, klare professionelle Pflegeinterventionen zu formulieren, mit der Ansicht den Betroffenen den Trauerprozess zu erleichtern. Unterstützungssysteme werden mit einbezogen, damit die Erwartungen der Familie erfüllt werden, und die Betroffenen auch nach der Betreuung im Spital angepasste Hilfe erhalten, um sich möglichst erfolgreich wieder in den Lebensalltag eingliedern zu können.

---

<sup>3</sup> Siehe Glossar Kapitel 8

## **2. Theoretischer Rahmen**

Dass trotz dieser schrecklichen Erfahrung die Betroffenen im Stande sind, ihr Leben weiterführen zu können und neue Perspektiven aufzubauen, wird in diesem Kapitel beschrieben, was Trauer bedeutet, welche Phasen von den Betroffenen durchlebt werden müssen, welche Ressourcen Beistand bieten können und welche Aufgaben die professionellen Unterstützungshilfen, wie das Pflegepersonal, zu leisten haben. Zusätzlich wird erwähnt, welche Folgen auftreten können, wenn der Trauerprozess unterbrochen wird.

### **2.1. Was bedeutet Trauer?**

Trauer ist ein komplexer, multidimensionaler Prozess als Reaktion auf einen Verlust eines geliebten Menschen, den der Betroffene durchlaufen muss, dabei der Wirklichkeit ins Auge schauen muss und langsam akzeptieren lernt, ohne die geliebte Person zu leben (Greenstreet, 2004). Es ist ein normales, menschliches, tiefes und dauerhaftes Gefühl von Leid und Schmerz, welches mit grosser Notwendigkeit durchlebt werden muss (Laakso & Paunonen-Ilmonen, 2002).

Verlusterlebnisse und Trauererfahrung gehören zu den belastendsten Ereignissen im Leben eines Menschen und bedeuten Lebensveränderung mit tief berührenden und bewegenden Ereignissen, die als Reaktion auf den Tod eines Menschen auftreten (Zeller-Forster, 2004). Die Betroffenen müssen sich von etwas trennen, das zu ihrem Leben gehörte. Dieses „Etwas“ kann unter anderem ein Kind sein, welches wegen einer plötzlich auftretenden Ursache stirbt und die Eltern sich folgedessen nicht von ihm verabschieden konnten (Cook & Phillips, 1995).

Der Tod eines Kindes kann eine schwerwiegendere und längerfristige Trauer verursachen (Laakso & Paunonen-Ilmonen, 2002), weil es für die Mütter als sinnlos erscheint, dass das Kind vor ihnen stirbt (Keese, Currier & Neimeyer, 2008).

Dass die Betroffenen ihre Trauer durchleben können, ist es wichtig zu wissen, wie richtig getrauert wird. Denn davon hängt wesentlich ab, ob sich die Trauernden neue Perspektiven für die Zukunft vorstellen können oder ob pathologisches Trauern sichtbar wird und sie nicht mehr wissen, wie aus der Trauer herauszukommen ist (Kast, 1999).

Der Trauernde kann ein Gefühl des Ausgestossen-Seins spüren und verbringt viel Zeit mit der Vergangenheit und wird somit aus der realen Welt ausgestossen. Daher braucht es gegenseitige Unterstützung, damit die notwendige Trauer zugelassen werden kann, um den schweren Verlust zu überwinden, ein neues Selbst- und Weltverständnis (Kast, 1999) mit neuen Dimensionen im Leben zu entwickeln. Der Verlust kann somit auch „positiv“ als Reifung angesehen werden (Laakso & Paunonen-Ilmonen, 2002).

Auf Grund all dieser Punkte weiss man, dass Trauern von grösster Wichtigkeit ist, weil dieser psychologische Prozess zur Gesundheit einen grossen Beitrag leistet. Deshalb ist Trauern keine Schwäche sondern lebenswichtig (Kast, 1999).

## **2.2. Die Trauerphasen**

*Nicht-wahrhaben-Wollen:* Die erste Phase der Trauerverarbeitung kann bei plötzlichen Todesfällen eher länger andauernd verlaufen, dass heisst einige Stunden bis etwa eine Woche (Kast, 1999). Vor allem bei der ersten Trauer ist es oft schwer zu akzeptieren, dass der Tod eingetroffen ist. Verschiedene Gefühle der Unwirklichkeit und des Unglaubens treten auf: „Dies ist nur ein böser Traum“ oder „Jede Minute kann er wieder aufwachen“ (Kendrick, 1998), denn die Betroffenen wollen den Tod des geliebten Menschen nicht wahrhaben, sie verleugnen den Tod. Empfindungslosigkeit ist ein häufiges Gefühl, welches den Trauernden nicht zum Vorwurf gemacht werden darf. Es entspricht einem Gefühlsschock, der Trauernde ist wie erstarrt. Die Verdrängung und Leugnung sind typische Verhaltensweisen.

Wichtig in dieser Phase ist, dass Trauernde nicht alleine sind, und dass sie wissen, dass ihnen jemand beisteht. Doch sie müssen auch lernen, mit der Zeit wieder eigenständig weiterzuleben (Kast, 1999).

*Aufbrechende Emotionen:* Nach der Empfindungslosigkeit kann eine Überwältigung von starken Gefühlen, wie Schmerz auftreten, mit denen erst gelernt werden muss, umzugehen (Kast, 1999). Aufbrechende Gefühle wie Wut, Zorn, Niedergeschlagenheit, Angst, Ruhelosigkeit und Taubheit beschäftigen die Betroffenen (Kast, 1999; Kendrick, 1998). Diese Ausbrüche der Emotionen sind vor allem stärker, wenn der Verstorbene vor seiner Zeit gehen musste und plötzlich gestorben ist, wie dies der Fall eines Kindstodes ist. Der Tod ist aufgrund der Vorzeitigkeit viel unbegreiflicher (Kast, 1999; Kent & McDowell, 2004).

Einige Trauernden suchen einen Schuldigen für den Tod und ihren Kummer. Dieser ist oft der Arzt oder das Pflegepersonal, denn die Schuld richtet sich häufig auf die erste Person, die dem Trauernden begegnet. Diesen Schuldigen gefunden zu haben, gibt den Betroffenen oft das Gefühl der Erleichterung. Manchmal richten sich die Schuldgefühle auch gegen den Verstorbenen selbst, mit dem Gefühl, dass *er* uns verlassen hat und mit Problemen zurück lässt. Manche Trauernden geben sich selbst die Schuld. In diesem Fall kommt es darauf an, wie die Kommunikation zwischen dem Verstorbenen und dem Trauernden funktioniert hat, das heisst, ob anstehende Probleme noch miteinander besprochen werden konnten und ob sie voneinander Abschied nehmen konnten? Wenn diese Emotionen nicht zu ausgeprägt waren, verläuft diese Periode nicht

unbegrenzt. Wichtig ist, dass diese Gefühle ernst genommen werden und als Ausdruck realer Probleme in die Therapie einbezogen werden. Die Helfer müssen wissen, dass die Trauernden über den Tod sprechen sollten, denn somit setzen sie sich damit auseinander und die Emotionen werden eher geäußert. Ablenkung ist nicht falsch, doch es ist eher ein Verdrängen der Situation (Kast, 1999). Der Betroffene sollte sich diesem Problem stellen und die Konfrontation annehmen, denn der Schmerz kann nicht versteckt werden (Kendrick, 1998). Durch Gespräche können Schuldgefühle gelindert werden und brauchen nicht eine darauf gerichtete Therapie. Wenn die Gefühle gegen den Helfer gerichtet werden, ist es wesentlich zuzuhören, anwesend zu sein und vor allem nicht eigene Erlebnisse auszusprechen.

Abschließend für diese Phase ist zu sagen, dass diese Emotionsausbrüche durchgehalten werden müssen, dass der Betroffene das Erlebte verarbeiten kann und sich neue Blickwinkel öffnen können (Kast, 1999).

*Suchen und Sich-Trennen:* Unter dem Begriff 'Suchen' wird verstanden, dass der Betroffene versucht den Verstorbenen in die aktuelle Lebenssituation auf eine neue Weise einzubeziehen. Die Form des Suchens äußert sich in verschiedenen Weisen. Es werden Zwiegespräche geführt, mit dem Gedanken, dass sich die Trauernden mit dem Verstorbenen nochmals unterhalten können. Dies geschieht jedoch eher bei älteren Menschen oder bei denen, die ihren Partner verloren haben. Eine andere Art des Suchens ist, dass die Trauernden auf Lebens- oder Verhaltensmuster anderer achten und denken, sie finden in ihnen ihren geliebten Menschen wieder. Die Aufmerksamkeit ist auf Örtlichkeiten und Tätigkeiten ausgerichtet, die dem Verstorbenen ähnlich sind. Dies kann sich soweit entwickeln, dass der Hinterbliebene die Verhaltensweisen des Verstorbenen übernimmt, welches ein Zeichen von Widerstand gegen die Veränderung wäre. Andererseits kann es eine Hilfe sein, sich mit dem Tod auseinander zu setzen, weil durch das Suchen, Emotionen auftreten und so dieser Prozess in Gang bleibt. Dieser Prozess führt zum inneren Finden der Werte der Beziehung zum Verstorbenen, danach zur Akzeptanz des Todes und somit zur Akzeptanz des Sich-trennen-Müssens. Die Trauerarbeit ist auf dem richtigen Weg, wenn der Betroffene sich nach dem Suchen und Finden auch wieder trennen kann (Kast, 1999). Denn die Anpassung an die Welt ohne die vermisste Person ist eine zentrale Aufgabe (Kendrick, 1998).

Nach Kast (1999) kann sich die Verzweiflung in dieser Phase immer wieder bemerkbar machen. Depressionen oder auch Apathie können mit Gefühlen auftreten, dass es nie wieder so sein wird wie früher und Gedanken des eigenen Todes als Ausweg auftreten.

Die Dauer der Phase kann sich in unterschiedliche Längen, Wochen bis Jahre, ziehen. Doch die Intensität kann sinken, wenn der Trauernde seine chaotischen Gefühle immer wieder äußert und

sich innerlich findet, das heißt, die eigenen Werte und die Werte der gemeinsamen Beziehung versteht.

Im Umgang während dieser Phase ist zu beachten, dass den Trauernden genügend Zeit gelassen wird, bis das Suchen und Sich-Trennen erarbeitet und akzeptiert worden ist. Es ist wichtig für die Betroffenen, immer wieder über den Vermissten sprechen zu können, weil dadurch die Emotionen immer wieder geweckt werden. Die Helfenden müssen fähig sein, sich immer wieder dieselben Geschichten während der möglichen langen Trauerphase anhören zu können.

*Neuer Selbst- und Wertbezug:* Der Beginn dieser Phase kennzeichnet sich durch das Ende der Nachahmung der Phantasie der Trauernden. Der Verstorbene wird zu einer inneren Figur, zu einem inneren Bild. Die Erinnerungen an Erlebnisse mit dem Vermissten sollen bestehen bleiben und es werden neue Lebensmuster an Stelle der alten gelebt, ohne dass der Vermisste vergessen zu gehen scheint. Die Akzeptanz des Todes wird damit ersichtlich. Die Rollen beider Seiten werden neu definiert. Der Vermisste begleitet den Trauernden weiter, jedoch auf eine andere Weise und der Trauernde selbst findet sich in der Rolle, welche von ihm für seinen neuen Lebensabschnitt erwartet wird. Der Betroffene kann sich weiterentwickeln und hat frisches Selbstvertrauen und auch Selbstachtung gewonnen, wodurch er sich demgemäß verändert, was durchaus zu einem gelungenen Trauerprozess gehört.

Auch in der letzten Phase können Rückschritte auftreten. Zweifel können aufkommen, gerade dann, wenn die ersten Euphorien erlebt werden. Rückschritte treten häufiger auf, wenn zuvor schon Verluste erlebt wurden. Doch diese Emotionen, die dadurch wieder entstehen, können nicht direkt als Rückschritt verstanden werden, sondern eher als Wiederaufarbeitung der Verlust-erlebnisse und -erfahrungen.

Wenn der Betroffene zum ersten Mal seit dem Verlusterlebnis wieder Freude am Leben hat, glücklich sein kann, trotz des Todes des geliebten Menschen, kann dies ein Zeichen des „Abschlusses“ der Trauerarbeit sein. Die Sinnerfahrung kommt zum Ausdruck, wenn der Trauernde erkennt, dass der Tod ihm nicht nur viel genommen hat, sondern auch viel gebracht hat. Doch dies soll nicht über den Schmerz, die Verzweiflung und über die körperliche Zweisamkeit hinwegtäuschen. Diese Erfahrung ereignet sich in einer sehr späten Phase des Trauerprozesses (Kast, 1999).

Kendrick (1998) beschreibt, dass nicht alle Betroffenen diese Phasen durchleben, bevor sie mit der Trauer abgeschlossen haben und dass nicht alle diese starken Emotionen und Empfindungen erleben, die beschrieben wurden. Es ist lediglich ein Hilfsmittel für die vielen möglichen Facetten der Trauerverarbeitung.

### 2.3. Probleme des unterdrückten Trauerprozesses

Nach Kast (1999) gibt es in jeder Phase des Trauerprozesses die Gefahr, sich in einer zu verfangen oder sie zu verdrängen, so dass die Fortschreitung des Prozesses gehindert wird. Die Probleme des unterdrückten Trauerprozesses können verschiedene Folgen auslösen, wie zum Beispiel Depressionen oder psychosomatische Beschwerden.

Die Probleme des *Nicht-wahrhaben-Wollens* zeigen sich dadurch, dass der Mensch genau so weiter lebt, als ob nichts geschehen wäre. Diese Menschen, die bewusst die Trauer nicht durchleben, werden immer als selbstbewusst beschrieben, verhalten sich unabhängig und kontrolliert, worauf sie sehr stolz sind, äussern ihre Gefühle nicht und betrachten Tränen als Weichheit. Sie wollen die Trauer bewusst vermeiden und die aufbrechenden Emotionen nicht zulassen. Die Betroffenen lehnen Erinnerungen an den Verstorbenen ab und wollen nicht, dass über ihn gesprochen wird. Doch ganz verdrängen lässt sich der Tod nicht. Ein Beispiel wäre, dass sich der Betroffene in Arbeit stürzt. Durch diese Verdrängung können sich psychosomatische Beschwerden entwickeln und es können sich depressive Symptome, wie Gedrückt-Sein, zeigen.

Ein weiteres Problem in dieser Phase kann die Weltanschauung sein, nicht trauern zu dürfen. Die Gefahr bestünde, dass der Betroffene den eigenen Verlust nicht wahrnehmen würde, welchen es auch zu verarbeiten gälte.

In der zweiten Phase, *die aufbrechenden Emotionen*, ist der Trauerprozess dadurch gehindert, dass die Betroffenen nicht mehr aus ihrer Trauer herausfinden. Die Gefahr, chronisches Trauern zu entwickeln, steigt, weil sich die Trauernden in einem totalen Emotionschaos befinden. Die Betroffenen wirken depressiv von ihrem überwältigenden Schmerz und wissen nicht mehr, wie weiter. So wird der Trauerprozess blockiert.

Das Problem, dass der Zorn gegen den Verstorbenen unterdrückt bleibt, ist häufig. Sie dürften nicht zornig sein, weil dies Schicksal sei, wenn ein geliebter Mensch von ihnen gehe. Der Zorn äussert sich dann oft in Träumen, womit Angst und Schlafstörungen verbunden sind. Die Betroffenen haben Angst zu trauern und drücken aufgrund dessen ihre angestauten Gefühle nicht aus. Schuldgefühle können stärker oder schwächer sein, je nach dem, was und wie viel in der Beziehung ungeklärt blieb. Starke Schuldgefühle können von Aggressionen bis zu Suizidgedanken führen. Zu diesem Zeitpunkt braucht es Hilfe von aussen, der Betroffenen muss in einer Therapie die Situation zum Vermissten aufarbeiten.

In der dritten Phase des Prozesses, *Suchen und Sich-Trennen*, ist die Gefahr des Suizids am stärksten. Die Situation für den Hinterbliebenen wird als unattraktiver empfunden als der Tod, sodass das Nachsterben in dieser Phase gefährlich bleibt. Dies ist verstärkt vorhanden, wenn es

nicht der erste Verlust des Betroffenen ist. Das Gefühl, dass auf das Leben kein Verlass ist, ist vorherrschend, und auch die Emotionen des erlebten Verlustes kommen auf. Das Suchen ist meistens durch das Einsteigen in den Trauerprozess gegeben, das Finden teilweise auch, doch Sich-Trennen nimmt seine Schwierigkeit mit sich. Oft bleibt der Trauernde an diesem Punkt der Verarbeitung stecken.

Während der Aufarbeitung des Prozesses werden oft Verbindungen und neue Beziehungen zum Verstorbenen aufgebaut. Der Trauernde kann seine vermisste Person mit dem Helfer identifizieren, welcher als Ersatz für den Verstorbenen gesehen wird, und die Gedanken und Gefühle werden deshalb während der Verarbeitung gegen den Helfer gerichtet. Diese Identifikation muss therapeutisch wieder gelöst werden und dem Trauernden muss bewusst werden, dass der Verstorbene wirklich tot ist und er sich somit mit der Trauerarbeit weiter auseinandersetzen kann. Es kann sein, dass der ganze Trauerprozess nochmals durchlebt werden muss, wenn der Trauernde während der Aufarbeitung in die vorherigen Phasen zurückfällt, doch nicht in der gleichen Intensität.

Eine Probe, ob der Trauerprozess bestanden ist, ist das Wagnis, eine neue Beziehung einzugehen. Der Abschluss der Therapie darf nicht mit dem Ende einhergehen, dass man Menschen einfach verliert sondern, dass das Leben mit anderen Menschen weitergeht, obwohl der Tod immer eine wichtige Rolle spielt.

### **3. Methodologie<sup>4</sup>**

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen aufgezeigt und es wird dokumentiert, wie die Autorin vorgegangen ist, um die Frage der systematischen Literaturübersicht zu beantworten. Darin sind die Begründung des Designs<sup>5</sup>, der Ablauf der Literatursuche, der Vorgang der Analyse und zum Schluss die ethischen<sup>6</sup> Überlegungen enthalten.

#### **3.1. Design**

Die Kompetenz der Autorin beinhaltet eine Forschungsanwendung. Daraus ergibt sich das Ziel, neue Erkenntnisse und Vorschläge für die Praxis zu formulieren. Mittels einer systematischen Literaturübersicht kann dieses Ziel erreicht werden, weil Fachliteratur zum ausgewählten Thema bereits vorhanden ist und somit neue Erkenntnisse sichtbar werden. Daraus folgend werden Interventionen und der Nutzen für die Praxis formuliert, was die Forschungsfrage beantwortet. Dabei ist auch das persönliche Ziel der Autorin erreicht, indem sie neue Kenntnisse über den Wissensstand der Forschung in einem bestimmten Fachgebiet erhält.

#### **3.2. Ablauf der Literatursuche**

Zu Beginn der Arbeit, verschaffte sich die Autorin einen Überblick über die Spannweite des ausgewählten Themas und formulierte eine erste Fassung der Fragestellung. Mithilfe von Büchern und des Internets zeigten sich die verschiedenen möglichen Richtungen, die für eine genauere Fragestellung in Betracht gezogen werden konnten. Die Schreiberin recherchierte mit genaueren Angaben auf den Datenbanken und verschaffte sich so eine erste Einsicht in die vorhandenen Studien. Anhand dieser Einsicht und persönlicher Interessen ergab sich die endgültige Fragestellung.

Die zielgerichtete Suche nach Studien auf den Datenbanken konnte gestartet werden. Die Autorin richtete sich bei der Literatursuche nach der Beschreibung nach Polit, Beck und Hungler (2004) (siehe Anhang A). Die Recherche begann auf der Evidence-basierten medizinischen Literaturdatenbank PUBMED, gefolgt von CINAHL. Die Suche erfolgte von anfangs November 2009 bis Ende Februar 2010.

---

<sup>4</sup> Siehe Glossar Kapitel 8

<sup>5</sup> Siehe Glossar Kapitel 8

<sup>6</sup> Siehe Glossar Kapitel 8



### **3.2.1. Suchbegriffe und Suchkriterien / Limits**

Zur Gewährleistung der Qualität der Studien um die Beantwortung der Fragestellung zu erfüllen, wurde nur auf Datenbanken der Pflegeforschung recherchiert; Auf PUBMED, einer Evidence-basierten medizinischen Literaturdatenbank, und auf CINAHL, der bedeutendsten elektronischen Datenbank der Pflegenden. Um ein methodisches Vorgehen zu gewährleisten, wurden auf den angegebenen Datenbanken die gleichen Suchbegriffe in unterschiedlicher Kombination und Reihenfolge eingegeben. Folgende Schlagworte wurden von der Autorin identifiziert: coping, adaptation psychological, crises, grief, bereavement, mourning, parents, death own child, support, nursing care, life support care. Auf der Datenbank PUBMED wurde mit Mesh-Terms gearbeitet, da so mit den genaueren und passenden Begriffen des Themas gesucht werden konnte. Auf der Datenbank CINAHL wurde mit der Einschränkung NOT recherchiert, damit das Thema und die Anzahl der Studien eingegrenzt wurden. Anfangs wurde die Suche auf beiden Datenbanken auf englische und deutsche Artikel und auf Literatur von 2000 bis 2009 beschränkt. Es ergaben sich nicht genügend passende Studien, deshalb erweiterte die Autorin ihre Suche auf die letzten 20 Jahre. Dies war jedoch zu weit ausgeholt, da es fragwürdig erschien, ob diese Artikel aus diesen Jahren noch relevant seien. Somit limitierte die Schreibein ihre Suche auf die letzten zehn Jahre (siehe Anhang B).

Weiter recherchierte die Autorin bei den passenden Studien unter `related articles` und war damit teilweise erfolgreich und gewann weitere Studien zum Einbezug in die Arbeit.

Insgesamt wurden circa 80 Abstracts gelesen, wovon 27 in die engere Wahl kamen. Davon entschied sich die Schreiberin für 21, die ausgedruckt oder bestellt wurden. Eine Studie wurde durch das Schneeballprinzip gefunden und konnte in die Arbeit mit einbezogen werden. Insgesamt wurden elf relevante Studien zusammengefasst und in die Bachelorarbeit mit einbezogen.

### **3.2.2. Ein- und Ausschlusskriterien**

Um eine Auswahl der gelesenen Abstracts treffen zu können, die in Zusammenhang mit der Fragestellung stehen, braucht es definierte Ein- und Ausschlusskriterien. Anhand dieser Kriterien wurden die Zusammenfassungen kritisch beurteilt.

Einschlusskriterien:

- Publikationen nur mit Abstracts
- Mütter und/oder Väter, die ihr Kind verloren haben
- Mit oder ohne Geschwister
- Keine Altersbeschränkung der verstorbenen Kinder

- Todesursache: plötzlicher Tod
- Todesursache: Krankheit, nur wenn es Ansätze zur Forschungsfrage gab
- Betroffene mussten einen Verlust während ihres Lebens erlitten haben
- Die Teilnehmenden mussten den Trauerprozess durchleben oder durchlebt haben
- Der Nutzen für die Praxis musste ersichtlich sein

Ausschlusskriterien:

- Ausschluss der Studien, wenn sie sich auf eine bestimmte Institution beschränkten
- Studien über Palliativ Care wurden ausgeschlossen, wenn es keine Ansätze zur Forschungsfrage dieser Literaturreview gab
- Ausschluss der Studien, in denen die Behandlung der Trauernden nur durch Ärzte beschrieben wurden

### **3.2.3. Anzahl und Auswahl der gefundenen Studien**

Anhand der Ein- und Ausschlusskriterien konnten elf relevante Studien mit entsprechender Qualität gefunden werden. Fünf Studien wurden dem qualitativen Design zugeordnet, zwei dem quantitativen, drei Studien waren Leitlinien und eine Studie eine Literaturreview. Diese Review wurde mit einbezogen, da sie als sehr relevant für diese Arbeit angesehen wurde, weil es sich um den Paradigmawechsel<sup>7</sup> des Trauerprozesses von Freud 1917 und heute handelt. Dieser ist sehr entscheidend für das Pflegepersonal, weil sich durch den Wechsel in der Theorie auch neue Interventionsstrategien ableiten lassen, die für die heutige Betreuung von Trauernden geeignet sind. Um eine gut verstehbare Übersicht der Studiensuche zu gewährleisten, ist im Anhang B eine detaillierte Auflistung mit den Suchbegriffen, den Limits und der Anzahl Treffer auf der jeweiligen Seite zu finden. Im Anhang C ist der Überblick der ausgewählten Literatur eingefügt. Mit welchem Beurteilungsraster die Studien bewertet wurden, ist dem nächsten Unterkapitel zu entnehmen.

### **3.3. Analyse**

In der Analyse der Methodologie wird ersichtlich, welche Bewertungsraster zur Einschätzung der Qualität der Studien einbezogen wurden und welche Kriterien erfüllt sein mussten. Anschliessend sind ethische Überlegungen aufgezeigt, da beim Thema Trauer ethische Fragen auftreten können.

---

<sup>7</sup> Siehe Glossar Kapitel 8

### **3.3.1. Beurteilung und Bewertung der Literatur**

Die 21 gefundenen Studien wurden anhand der aufgelisteten Kriterien (Kapitel 3.2.2.) ein- oder ausgeschlossen. Somit konnten elf von 21 Studien in die Arbeit integriert werden. Zwei der ausgeschlossenen Studien wurden anhand der Beurteilungskriterien für Ein- und Ausschluss nach Mayer (2007) bewertet (siehe Anhang D). Durch dieses Raster wird genauer aufgezeigt, ob eine Studie geeignet ist oder nicht. Die Studien wurden ausgeschlossen, wenn keine acht von zwölf Punkten erreicht wurden (siehe Anhang E). Die weiteren Beurteilungen der ausgewählten elf Studien erfolgten durch Qualitätsraster von Behrens & Langer (2004a) und wurden anhand der Güterkriterien Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit beurteilt (siehe Anhang F). Für die qualitativen Studien wurde zur Beurteilung das Raster für qualitative Studien angewendet, für die quantitativen Studien das Raster für Interventionsstudien und für die Review das Raster für systematische Übersichtsarbeiten. Für die restlichen Studien wurde das Raster für Leitlinien eingesetzt, weil es sich in diesen Studien um Theorien der Trauer handelte und sie nicht dem qualitativen und quantitativen Design zugeordnet werden konnten. Alle Studien mussten 60% des dazugehörigen Beurteilungsrasters erreicht haben, damit die genügende wissenschaftliche Qualität zum Einbezug dargelegt werden konnte. Das bedeutet, dass bei zwölf möglichen Punkten acht erreicht werden mussten, bei 14 möglichen Punkten 9.5 und bei elf möglichen Punkten 7.5. Wenn die Studien die nötigen 60% erreicht hatten, wurde die Benotung 4 gegeben und die Studie als relevant in die Arbeit einbezogen. Die Beurteilungsraster der elf Studien sind im Anhang F aufgeführt.

### **3.4. Ethische Überlegungen**

Sobald die wissenschaftliche Forschung mit Menschen zusammenarbeitet, treten ethische Fragen auf. Für die Pflegeforschung gelten die gleichen ethischen Prinzipien wie für die anderen Disziplinen der Forschung: *Autonomie, Gutes-Tun, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit*. Die Autonomie beinhaltet das Recht auf Informationen, das Recht, die Teilnahme zu verweigern und das Recht, sich jederzeit aus der Forschung zurückzuziehen. Gutes-Tun und Nicht-Schaden beinhalten die Verantwortung des Forschers, dem Teilnehmer nicht zu schaden und ein gesundes Verhältnis zwischen Nutzen und Risiken zu erzielen. Die Gerechtigkeit verlangt, dass „leichter zugängliche Personengruppen“ nicht ausgenutzt werden dürfen. Das Verhalten der Forscher muss auf diesen Prinzipien beruhen, damit der Persönlichkeitsschutz gewährleistet ist (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, 1998).

Diese Grundsätze verlangen, dass die aufgelisteten Rechte gegenüber der Menschen, welche in diese Forschung einbezogen werden, geachtet und vor allem nicht verletzt werden. Ausserdem müssen die angewandten Methoden zur Forschungsarbeit korrekt erfolgen. In den meisten Studien wurden die ethischen Prinzipien und somit auch die Rechte gegenüber den Menschen geachtet, z. B. dadurch, dass die Teilnehmer anonym blieben und nicht zweimal angefragt wurden. Auch mit dem Einbezug des Einverständnisses der Ethikkommission durch den Autor der Studie wird bewiesen, dass ethische Bedenken ausgeschlossen werden können (Mayer, 2007).

Die Autorin sieht den Einbezug der ethischen Grundsätze und der Rechte der Teilnehmenden in ihrer Literaturübersicht als sehr wichtig an, da die psychische Verfassung der Probanden während des Trauerprozesses sehr unterschiedlich ist. Einige Studien wurden durchgeführt, als der Tod des Kindes erst Monate zurücklag, was bedeutet, dass sich Teilnehmer noch völlig in ihrem Trauerprozess befinden können.

Forscher müssen deshalb besonders rücksichtsvoll mit den Trauernden umgehen. Deshalb ist es von grosser Bedeutung, dass die Prinzipien und somit die Rechte beachtet werden, damit der Trauernde, trotz Befragungen und Sitzungen zur Forschungsarbeit, seinen Trauerprozess positiv weiterführen kann.

## **4. Ergebnisse**

Folgend werden die Ergebnisse der Literaturrecherche präsentiert. Die Autorin formulierte folgende einzelne Themen, welche sich aus den Studien ergaben: Pflege der Trauernden muss Evidence-basiert sein, Verlusttheorien – Paradigmawechsel, Gefühle der Trauernden nach dem Verlust, Kultur/Religion und Psyche, verschiedene Unterstützungsressourcen (soziale, von Nahestehenden, von Selbsthilfegruppen, von professionellen Helfern) und mögliche Verstärkung der komplizierten Trauer. Die Ergebnisse spannen den Bogen von theoretischen Veränderungen bis zu angepassten, konkreten Interventionen, welche die Pflegefachpersonen erfüllen können. Eine detaillierte Zusammenfassung aller verwendeten Studien sind im Anhang G zu finden.

### **4.1. Pflege der Trauernden muss Evidence-basiert sein**

Laut Kent & McDowell (2004) leidet, wer durch einen plötzlichen Tod jemanden verliert, länger und mehr, als wenn jemand nicht erwartet stirbt. Die Pflegefachperson ist oft diejenige, die beim Sterbenden zugegen ist, häufig dann, wenn er unerwartet stirbt. Somit ist die professionelle Hilfskraft in den nachfolgenden Trauerprozess involviert (Greenstreet, 2004). Pflegefachpersonen haben in solchen Situationen wichtige Aufgaben zu erfüllen: Sie müssen den Hinterbliebenen sofort, praktische und, mit viel Zuwendung, wissenschaftlich fundierte Pflege erbringen. Diese Pflege und Beachtung des Trauernden unmittelbar nach dem Tod der geliebten Person ist ausserordentlich entscheidend für den späteren Erfolg des Trauerprozesses. Sie muss sensibel sein von praktischer Art und auf einer wissenschaftlichen Grundlage basieren. Zu diesen Evidence-basierten Grundlagen gehören Theorien. Der Wert darin besteht, dass die Pflegefachpersonen mit Verhaltensweisen von Trauernden vertraut werden und somit normale Trauer von komplizierten Fällen unterscheiden können (Kent & McDowell, 2004). Sie lernen Reaktionen, Risikofaktoren und mögliche Probleme zu erkennen, um dem Betroffenen angemessene Hilfe anzubieten. Vor-gegebene Muster können aber auch eine Gefahr darstellen. Doch die Pflegefachpersonen sollten die Theorien als Hilfsmittel für ihre Arbeit annehmen, sonst setzten sie zur Unterstützung nur ihre eigenen Wahrnehmungen ein. Der wichtigste Punkt ist aber, dass damit den Pflegefachpersonen bewusst wird, wie individuell die Trauernden reagieren und ihren Trauerprozess erleben (Greenstreet, 2004).

Im nächsten Unterkapitel werden verschiedene Verlusttheorien beschrieben und wie sich in der Theorie das Verhalten gegenüber Trauernden geändert hat.

#### **4.1.1. Verlusttheorien – Paradigmawechsel**

Nach Davies (2003) lautete die traditionelle Ansicht der Trauer, dass sich der Hinterbliebene vom Toten lösen soll, auch von den Erinnerungen an ihn, damit die Trauerarbeit erfolgreich ist. Das heisst, man muss sich von der emotionalen Bindung zum Toten lösen. Durch einen Paradigmawechsel kam jedoch eine andere Sichtweise zum Vorschein: Es wird von den trauernden Eltern nicht mehr erwartet, dass sie sich vom Tod des Kindes distanzieren. Der Kontakt zum Toten soll in irgendeiner Form bestehen bleiben. Der Mensch ist ein soziales Wesen, welches in Beziehung stehen muss.

Von Parkes (1972, 1986 zitiert nach Greenstreet, 2004) wird das traditionelle Modell der Trauer als eine Krankheit, anstatt als eine natürliche menschliche Sache, beschrieben. Dieses Modell hilft dem Pflegepersonal nicht, die normale Trauer zu verstehen, da es auf einem medizinischen Schwerpunkt basiert. Doch das zweiteilige Prozessmodell von Ströbe (1998, zitiert nach Greenstreet, 2004) und Ströbe und Schut (1999, zitiert nach Greenstreet, 2004) hilft dem Pflegepersonal die Individualität der Trauer besser zu verstehen. Es zeigt eine verlustorientierte und aufbauorientierte Seite. Die Trauernden pendeln oft zwischen diesen beiden Prozessen. Das Pendeln ist sehr individuell und unterscheidet sich von Person zu Person stark.

Das neue Trauermodell nach Walter (1996, zitiert nach Greenstreet, 2004) will, dass der Verstorbene ins tägliche Leben des Hinterbliebenen einbezogen wird, indem man über den Toten spricht und nicht nur auf den Trauernden fokussiert. Greenstreet (2004) sagt, die grosse Menge an Verlusttheorien erleichtert dem Pflegepersonal das Verständnis für die Betroffenen. Die vielen Muster und Änderungen von Verhaltensformen zeigen dem Pflegepersonal, dass keine Theorie bei Trauernden vorbehaltlos angewendet werden kann, weil Trauer individuell ist. Dies ist ein ganz entscheidender Punkt. Wenn das Pflegepersonal über dieses Wissen nicht verfügt, die möglichen Theorien nicht kennt und versteht, sind sie nicht in der Lage, professionell genug, die Trauernden in ihrer schweren Phase unterstützen und begleiten zu können und die richtigen Hilfeleistungen zu geben.

Man darf nie vergessen, dass Trauer sehr wichtig ist, um den Verlust im Endeffekt akzeptieren zu können (Kendrick, 1998).

#### **4.2. Gefühle der Trauernden nach dem Verlust**

Laut Arnold, Buschmann Gemma und Cushman (2005) hatten 95% der Trauernden in den ersten Wochen nach dem Tod sehr intensive Gefühle, welche mit der Zeit an Intensität abgenommen haben und etwa die Hälfte sagt, dass die Intensität immer wechsle. Neue, positive Gefühle kön-

nen aufleben, wenn die Trauer fortgeführt wird. Es entsteht Lebenszufriedenheit und der Zugang zu den eigenen anderen Kindern wird verbessert. Die Betroffenen haben verschiedene Gefühle geäußert: „die Trauer höre nie auf“ sagten bis zu 2/3, 75% fühlen sich „wie in einem leeren Raum“. Dieser leere Raum hat eine grosse Bedeutung, ungeachtet, ob die Trauer weitergeht oder endet, ungeachtet des Alters des Kindes beim Tod und ungeachtet der Todesart. Es wird geäußert, wer seine Trauer fortführt, hat eine bessere Beziehung zu den übrig gebliebenen Kindern ist, spiritueller, stärker, sensibler, doch die Leere ist bis zum Abschluss immer noch vorhanden. Anderson, Marwit, Vandenberg und Chibnall (2005) erklären, dass Mütter mit gefühlsorientiertem Verhalten mehr Selbstkritik, Ängstlichkeit und Ärger zeigen, die das Bewältigen der Trauer erschweren. Negative Gefühle zu bekämpfen, ist schwierig. Die Eltern beschrieben in der Studie von Woodgate (2006), dass sie eine Art Veränderung fühlten, als ihr Kind gestorben war. In jeder neuen Trauerphase nahm die Intensität der Trauer zu, aber die Trauernden suchten trotzdem kein Ende der Trauer.

Zitat einer Mutter: „Nur die Gesellschaft will ein Ende des Falls! Wir können schon weiterleben und weiterfahren, aber einen Abschluss, das wollen wir auf keinen Fall. Es wird nie so sein wie vorher, aber damit abschliessen, niemals. Ich will die Erinnerung an sie (das Mädchen) nicht vergessen, wie mutig sie war und wie spirituell. Nur die Gesellschaft weiss nicht, wie mit dem Tod umzugehen ist, deshalb verlangt man ein Ende der Trauer. Die anderen wollen das“ (zitiert in Woodgate, 2006).

Woodgate (2006) beschreibt auch, dass die Eltern den Kontakt zur verstorbenen Person mit schönen Erinnerungen aus alten Zeiten aufrecht erhalten wollen. Die Banden sollten bestehen bleiben, dies kann sein, indem man z. B. Dinge der Kinder aufbewahrt. Auch Erinnerungen an die letzte Phase vor dem Tod beeinflusst die Art der Trauer wesentlich. Ein zentraler Punkt für die Eltern ist, dass sie während des Todes anwesend sind. Das Gefühl, die Elternrolle erfüllen zu können, gehört zu einer guten Eltern-Kind-Beziehung.

Greenstreet (2004) erklärt, dass es in der Bewältigung der Trauer Geschlechterunterschiede gibt. Das feminine Muster ist Gefühle zu teilen, das maskuline Muster ist kognitive Strategien zu entwerfen und das Verhalten auf das Problem zu fokussieren. Sie sind nicht geschlechterspezifisch, sondern an Geschlechtermuster gebunden. Männer und Frauen können beide Muster anwenden: intuitiv handeln, ist das weibliche Muster, instrumental handeln ist das männliche Trauermuster. Erklärt wird ebenfalls die Bedeutung der Persönlichkeit. Die Persönlichkeit bestimmt das Verhaltensmuster, entweder instrumental im Denken oder intuitiv in den Gefühlen. Doch die Muster sind selten eindeutig, es gibt einen Mittelweg, den „blended“ (gemischten).

Die Wahl der effektivsten Strategie ist für den Erfolg des Trauerprozesses entscheidend. Die Studie von Riley et al. (2007) ergab, dass Optimisten weniger Sehnsucht, weniger Unglauben und weniger Abgestumpftheit verspüren und somit eine weniger intensive Trauer zu bewältigen haben. Die Erklärung dafür ist, dass sie die Zukunft positiv sehen, mit schwierigen Situationen umgehen können und verstehen, wenn die Besserung der Situation nur langsam eintritt.

### **4.3. Kultur/Religion und Psyche**

Anderson et al. (2005) sagen, dass die zwei Komponenten Psyche und Religion für sich genommen keine Verbesserung zeigen. Doch wenn das aufgabenorientierte Verhalten gross ist und es in Zusammenhang mit positivem religiösem Verhalten steht, die Situation der Trauernden signifikant verbessert wird. Das Zusammenwirken der beiden Komponenten ist also von grosser Bedeutung.

Der Studie von Arnold et al. (2005) ist zu entnehmen, dass die Religion zu 50% den Trauerprozess der Betroffenen positiv begünstigt hat, und Kent und McDowell (2004) sind der Meinung, dass Religion und Kultur alles entscheidend sind. Familien müssen nach besonderen Bedürfnissen gefragt werden, damit keine religiösen Gefühle verletzt werden. Deshalb ist auch sehr entscheidend, dass das Pflegepersonal über Multikultur nachdenkt, dass alle Betroffenen, egal welcher Kultur sie angehören, die angepasste Unterstützung erhalten (Davies, 2003).

Nach Greenstreet (2004) kann Kultur eine grosse Rolle in der Trauerverarbeitung spielen. Zusammenfassungen über kulturelle Eigenheiten und Praktiken sind nützliche Instrumente als Ressourcen für das Pflegepersonal bei der Betreuung von Trauernden aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Kulturen. Diese Ressource soll als Unterstützung dienen, die unterschiedlichen Bedürfnisse zu erkennen. Doch es ist Vorsicht geboten, es dürfen keine Stereotypen entstehen.

### **4.4. Verschiedene Unterstützungsressourcen**

Zur Unterstützung des Trauerprozesses können verschiedene Ressourcen positive Wirkungen auslösen. Es werden die soziale Unterstützung, die Unterstützung von nahestehenden Personen, Selbsthilfegruppen und die Unterstützung des professionellen Hilfspersonals diskutiert.

#### **4.4.1. Soziale Unterstützung**

Laakso und Paunonen-Ilmonen (2002) sagen, dass es positiv empfunden wird, über Tod und Trauer zu sprechen. Waren die Gesprächspartner sehr nahestehende Menschen, war die Verzweiflung grösser wegen der emotionalen Nähe als bei einem Gesprächspartner Arzt oder Pfl-



gepersonal. Wer wenig Unterstützung vom Pflegepersonal erhielt, zeigte mehr körperliche Beschwerden und verlangte Hilfe eines Arztes. Positive Entwicklung erlebten Mütter, welche sich auf Personen stützten, die Unterstützungsbereitschaft zeigten und das Trauern selber als Schwerstarbeit begriffen. Wer professionelle Hilfe brauchte, gab an, weniger positive Entwicklung zu empfinden und zeigte mehr Vorwürfe und Ärger, wenn er diese einholte. Mehr emotionale Zurückhaltung (Verzicht auf Zärtlichkeit und Vermeiden von Kontakt mit anderen Personen) wurde bei Müttern festgestellt, die professionelle Hilfe beansprucht hatten. Riley et al. (2007) beschreiben, dass persönliche Reife in einem positiven Zusammenhang mit mehr wahrgenommenen sozialen Beziehungen, mehr Optimismus und mehr Kooperation steht. Wer Hilfe sucht, entwickelt mehr persönliche Reife. Je mehr soziale Beziehungen mit Optimismus und der Fähigkeit, die Lage zu meistern, verbunden sind, desto weniger werden intensive Trauer und komplizierte Reaktionen verspürt.

#### **4.4.2. Unterstützung von nahestehenden Personen**

Laut Arnold et al. (2005) haben die innere Stärke, die Freunde und Verwandte während des ersten Trauerjahres eine grosse Bedeutung, um dieses zu überstehen. Nach Laakso & Paunonen-Ilmonen (2002) gab es verschiedene Erfahrungen von Müttern, was die Unterstützung von Eltern, Ehegatte, Kindern, Verwandte, Freunde und Kollegen betrifft. Als wichtigste Person wurden immer der Ehegatte und die überlebenden Kinder bezeichnet. Die eigene Mutter gab oft die emotionale Unterstützung, da sie Fürsorge vermittelte. Dass die Mütter die Beerdigung mit organisieren durften, wurde als positiv wahrgenommen, negativ, das Auseinanderbrechen von Freundschaften. Woodgate (2006) beschreibt, dass für Eltern gute Freunde und Verwandte von grosser Wichtigkeit sind, um Erinnerungen zu teilen, so dass das Kind gegenwärtig bleiben kann.

#### **4.4.3. Unterstützung von Selbsthilfegruppen für Trauernde**

Laakso & Paunonen-Ilmonen (2002) sagen, dass Mütter eher bereit waren als Väter, zur Unterstützung an einer Selbsthilfegruppe für Trauernde teilzunehmen. Für Mütter war es leichter mit Leidensgenossinnen über ihre Trauer zu sprechen, welche ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Doch es werden auch Ängste ausgelöst, da Trauer auch Privatsache ist. Möglich, dass deshalb laut Arnold et al. (2005) nur 5% einen Nutzen in der Selbsthilfegruppe gesehen haben.

#### **4.4.4. Unterstützung durch professionelles Hilfspersonal**

Der Kontakt mit einer Pflegefachperson wurde positiv erfahren. Vom Praxispersonal erwarteten die Mütter praktische Ratschläge, Informationen über Selbsthilfegruppen, echtes Interesse an ihrem Umgang mit Trauer und Kommunikationsbereitschaft (Laakso & Paunonen-Ilmonen, 2002). Greenstreet (2004) sagt, dass die Pflegenden das neue Trauermodell nach Walter (1996, zitiert nach Greenstreet, 2004) kennen und verstehen sollen. Es ist wichtig mit dem Toten zu sprechen und ihn in das Leben einzubinden. Das Pflegepersonal sollte sich für den Trauernden Zeit nehmen, seinen Geschichten lauschen, aufmerksam zuhören und den Betroffenen in diesem Moment begleiten. Die Pflege sollte ganzheitlich durchgeführt werden, dass heisst, psychisch, physisch und spirituell. Das Pflegepersonal muss aufmerksam sein, gut zuhören können und Unterstützungsmöglichkeiten anbieten.

Kent und McDowell (2004) diskutieren verschiedene Stationen der Pflege zur Unterstützung des Trauerprozesses des Betroffenen: Kontakt, Ankunft im Spital, Informationen über den Tod, Leichenschau, Wertsachen zurückgeben, weiterführende Pflege. Bei Kontaktaufnahme sind die Worte entscheidend. Die Betroffenen müssen genauestens informiert sein, an wen sie sich wenden können. Es schafft Vertrauen, wenn immer die gleiche Pflegefachperson die Ansprechperson bleibt. Ein geschützter Raum mit Privatatmosphäre zum Trauern sollte zur Verfügung stehen. Unprofessionelle Information hat eine schreckliche Wirkung auf den Trauerprozess. Einfach da sein, zuhören oder nur Zeuge des beginnenden Trauerprozesses zu sein, ist der beste Dienst, den eine Pflegefachperson im ersten Moment leisten kann. Auch Pflegefachpersonen dürfen ihre Betroffenheit zeigen. Zeit mit dem Toten zu verbringen, kann den Trauerprozess positiv beeinflussen. Die Pflegefachpersonen sollen die Betroffenen dazu ermutigen, die Leiche zu berühren, mit dem Toten zu sprechen, ihn vielleicht zu waschen. Wichtig ist, dass der Tote friedlich präsentiert wird. Durch dieses Ritual kann der Tod besser akzeptiert werden. Die Wertsachen sollten liebevoll präsentiert werden und respektvoll behandelt werden. Die Betroffenen vergleichen diese Handhabung mit der Pflege, die der Verstorbene bekommen hat. Diese erklärten Prinzipien sind wichtig, damit die besonderen und individuellen Wünsche der Betroffenen als relevant angeschaut werden können. Praktisch angewendet, garantieren sie gute und auf wissenschaftlicher Basis fundierte Pflege für Trauernde, die unerwartet jemanden verloren haben.

Kendrick (1998) zählt viele zentrale Aufgaben einer Pflegefachperson auf, die erfüllt werden können, wenn der Trauernde in seinem Verarbeitungsprozess unterstützt wird. Es ist wichtig, den Betroffenen zu unterstützen, seine starken Gefühle zuzulassen, ihm zu helfen alleine leben zu können, den Toten loslassen zu können und ihm bewusst zu machen, sich Zeit zu lassen und

nach drei und zwölf Monaten mit dem Vermissten Kontakt aufzunehmen. Dem Hinterbliebenen sollte vermittelt werden, dass sein Verhalten normal ist, und er sollte als Individuum beachtet werden. Längerfristige Unterstützung sollte organisiert werden und den Trauernden auf die Gefahren von ungeeigneten Verhaltensformen, wie Drogen, aufmerksam gemacht werden. Freunde und Verwandte sollten immer willkommen sein, und auch für sie sollte das Pflegepersonal ein offenes Ohr haben. Dabei sollte man ehrlich, aber diskret sein. Nach der Betreuung in der Institution sollten die Pflegefachkräfte unbedingt für den Betroffenen verfügbar bleiben, damit er auch die nötige Unterstützung ausserhalb der Institution weiter empfangen kann.

Nicht zu vergessen ist, dass die Pflegefachpersonen ihre eigene Verwundbarkeit zu beachten haben, der Umgang mit Trauernden ist stets eine Herausforderung. Aufgrund dessen sollte Hilfe und Unterstützung von Psychologen, Pfarrern sowie Sozialarbeitern angenommen werden. Auch nach Laakso & Paunonen-Ilmonen (2002) ist die Möglichkeit bei Bedarf einen Arzt kontaktieren zu können, unerlässlich.

#### **4.5. Mögliche Verstärkung der komplizierten Trauer**

Keesee et al. (2008) erklären, dass die Trauernden keinen Sinn und Nutzen im Tod erkennen. Eltern, die gezwungen werden dem Tod einen Sinn oder Nutzen zu geben und dabei einen Misserfolg erleiden, zeigen stärkere Indikatoren für eine komplizierte Trauer, die Trauer wird verstärkt. Zeitliche, umständliche und andere Faktoren des Todes sind weniger bedeutend.

Znoj & Keller (2002) zeigen auf, dass ein Verlust ein grosses Risiko birgt, psychisch krank zu werden. Aus fehlgeschlagenen emotionalen Reaktionen können schwerwiegende Folgen entstehen, weil die schwierige Situation dem Trauernden bewusst wird. Ein grosser Verlust kann jedoch auch zu einer besseren emotionalen Reaktion führen. Während des Prozesses lernt der Betroffene besser mit der Situation umzugehen. Wer Rettungsanker auswirft, kann trotz grossem psychischem Leiden, besser mit schwerwiegenden Gefühlen umgehen. Weiter wird gezeigt, dass 37% erhöhte Anzeichen einer Depression haben. Trauernde Eltern haben höhere posttraumatische Symptome, als diejenigen, die einen anderen Nahestehenden verloren haben. Die Verdrängung von Zusammenhängen mit Trauer scheint ein positiver Weg zu sein, sich vor Depressionen zu schützen. Doch das Problem ist, je mehr Anstrengung der Trauernde unternimmt, um schmerzvolle Zustände zu verdrängen, desto grösser ist sein Risiko von schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen betroffen zu sein. Nach Arnold et al. (2005) verspüren 20-25% der Hinterbliebenen, welche ihre Trauer fortführen, mehr Verletzlichkeit und Depressionen als diejenigen, die ihre Trauer nicht fortführen. Dies ist wahrscheinlich, weil die fortführende Gruppe spiritueller wurde.

Die Lebenszufriedenheit unterscheidet sich nicht bei den Betroffenen, ob die Trauer fortgeführt wurde oder nicht, nur der Umgang mit noch lebenden Kindern ist bedeutend.

Für das Pflegepersonal ist wichtig zu erkennen, dass Menschen über ihre Situation sprechen dürfen. Nebenbei muss ihnen auch bewusst sein, dass ein Zuviel an unangemessenem emotionalem Verhalten ein wichtiger Faktor für komplizierte Trauer ist.

## 5. Diskussion

Im nachfolgenden Teil werden die Themen der Ergebnisse diskutiert. Die Resultate werden mit der Problembeschreibung und dem theoretischen Rahmen in Verbindung gebracht und anhand dieser Verbindung und der beurteilten Qualitätsrastern nach Behrens und Langer (2004a) gewichtet (siehe Anhang F). Die Diskussion gliederte die Autorin gleich wie die Ergebnisse (Kapitel 4).

### 5.1. Pflege der Trauernden muss Evidence-basiert sein

Eine Forschungsarbeit zeigt die Bedeutung, dass die Pflege der Trauernden Evidence-basiert sein muss (Kent & McDowell, 2004). Die wissenschaftliche Qualität nach Behrens und Langer (2004a) dieser Studie fiel eher knapp aus (Benotung 4), die Aussagekraft wurde mit 2/3 bestätigt und das Forschungsziel wurde voll und ganz erreicht. Es wurde genaue, wissenschaftlich fundierte Pflege aufgezeigt. Den Abzug der Arbeit gab es einerseits, weil neben den Theorien keine Alternativen aufgezeigt wurden und nicht alle Zitate als aktuell bezeichnet werden konnten, andererseits, weil es nicht klar ersichtlich ist, ob die Ergebnisse mit anderen Studien übereinstimmen. Die Autorin bezeichnet die Studie trotzdem als relevant für ihre Arbeit, weil das Ziel erreicht wurde und die Forschungsliteratur viele wichtige Hinweise für das Pflegefachpersonal gibt.

Die Studie von Greenstreet (2004) unterstreicht zusätzlich diese von Kent & McDowell (2004). Sie sagt aus, dass die Pflegefachperson oft diejenige sei, die dem Sterbenden zugegen ist, wenn er unerwartet stirbt. In dieser Situation muss individuelle Hilfe angeboten werden können. Deshalb müssen Pflegende über das Wissen verfügen, wie die Hinterbliebenen in ihrem Trauerprozess professionell betreut werden, um diesen positiv zu begünstigen. Hier wird wieder ersichtlich, dass das Wissen einer Evidence-basierten Pflege vorhanden sein muss. Die Problembeschreibung dieser Literaturübersicht zeigt, dass viele Eltern einen Mangel an Informationen, wie sie mit dem Tod umgehen können, als belastend empfinden, und dass die Pflege der Trauernden oft als unzureichend und mangelhaft empfunden wird. Aufgrund dessen besteht die Notwendigkeit für professionelle Helfer, dass sie selber den Trauerprozess verstehen. Durch die professionelle Pflege, welche die zwei Autoren anstreben, können diese Defizite aufgehoben werden. Mittels der Problembeschreibung und der Bestätigung durch die Studie von Kent & McDowell (2004), gewinnt die Arbeit an Bedeutung. Beide werden als relevant angesehen und es kann ein Praxisbezug hergestellt werden.

Nach Kast (1999) ist es unbedingt notwendig, dass jeder Verlust verarbeitet werden muss. Das Pflegepersonal ist im Trauerprozess involviert, da sie unmittelbar nach dem Tod und auch nach

dem Spitalaufenthalt für die Trauernden eine Unterstützung bieten sollten. Sie sollten auch weitere Berufsgruppen benennen und auf andere Berufsgruppen verweisen können, welche dem Betroffenen weiteren Halt bieten können. Dazu braucht es Wissen über die Unterstützung unmittelbar nach dem Geschehen, und über weitere Ressourcen, wodurch das Wissen über Evidence-basierte Pflege wiederum grosse Bedeutung erhält.

#### **5.1.1. Verlusttheorien – Paradigmawechsel**

Verlusttheorien wurden in zwei Forschungsarbeiten diskutiert (Davies, 2003; Greenstreet, 2004). Beide wurden mit dem wissenschaftlichen Qualitätsraster von Behrens und Langer (2004a) als gut eingestuft (Benotung 5). Ebenso auch die Aussagekraft konnte als gut bis sehr gut bewertet werden. Ein negativer Punkt der Literaturreview von Davies (2003) ist jedoch, dass diese nur anhand von 32 Studien geschrieben wurde. Dadurch besteht die Gefahr, dass relevante Studien übersehen wurden. Doch das Ergebnis dieser Review ist der Paradigmawechsel, welcher mit der Theorie der Trauer von Kast (1999) bestätigt werden kann. Beide sagen aus, dass die Verbindung zum Toten bestehen bleiben soll. Durch die Erinnerungen werden neue Lebensmuster gelebt, ohne dass der Vermisste vergessen zu gehen scheint. Dadurch entwickelt sich die Akzeptanz des Todes, welche die zentrale Bedeutung hat, dass der Trauerprozess positiv verläuft. Auch das Trauermodell nach Walter (1996, zitiert nach Greenstreet, 2004) sagt, dass der Verstorbene ins tägliche Leben mit einbezogen werden soll, und bezieht sich somit auf die Theorie von Kast (1999) und stimmt auch mit dem Paradigmawechsel überein.

Die Forschungsarbeit von Greenstreet (2004) beschreibt verschiedene Modelle der Trauer. Das Prozessmodell von Ströbe (1998, zitiert nach Greenstreet, 2004) und Ströbe und Schut (1999, zitiert nach Greenstreet, 2004) beschreibt die Individualität des Trauerprozesses und kann somit auch mit der Theorie von Kast (1999) bestätigt werden. Nicht jeder Trauernde durchlebt die Phasen in der Intensität gleich. Sie unterscheiden sich je nach Individuum sehr, z. B. hat nicht jeder die gleich starken Emotionen, wie Wut oder Ärger auf den Vermissten, hat schwächere oder stärkere Schuldgefühle oder braucht länger, um den Tod zu akzeptieren.

Es wird ersichtlich, dass alle Theorien der Forschungsarbeiten mit der Theorie der Trauer von Kast (1999) in Verbindung gesetzt werden können, d. h. dass sie miteinander übereinstimmen. Dies ist für die Schreiberin ein Qualitätszeichen der Forschungsarbeiten. Jedoch können die Theorien der Literatur nicht alle untereinander verglichen werden, da die Theorien von verschiedenen Autoren stammen und nicht jeder das gleiche aussagt. Doch die Qualität und Relevanz der beiden Studien werden durch ihre gute Bewertung nach dem Beurteilungsraster nach Beh-

rens und Langer (2004a) bestätigt und, wie erwähnt, durch die Übereinstimmung mit der Theorie von Kast (1999).

## **5.2. Gefühle der Trauernden nach dem Verlust**

In fünf Literaturübersichten, welche die Autorin einbezogen hat, wurden Gefühle der Trauernden nach dem Verlust erläutert (Anderson et al., 2005; Arnold et al., 2005; Greenstreet, 2004; Riley et al., 2007; Woodgate, 2006). Drei der Studien weisen eher eine geringere wissenschaftliche Qualität auf (Benotung 4) und zwei wurden nach dem Beurteilungsraster als gut eingestuft (Benotung 5). Im Allgemeinen konnte die Aussagekraft aller Studien nach dem Bewertungsraster als gut bestätigt werden. Die qualitativen Studien hatten eine relativ gute Anzahl der Stichproben, obwohl die Sättigung der Datensammlung in keiner der drei bestätigt wurde. Daraus schliesst die Autorin, dass die Ergebnisse von Anderson et al. (2005), Arnold et al. (2005) und Woodgate (2006) alleine durch sich nicht verallgemeinert werden können. Doch mit der Theorie von Kast (1999) sind die Ergebnisse im Einklang. Kast (1999) äussert, dass die Erinnerungen aufrechte erhalten bleiben sollen, dass positive Gefühle die Lebenszufriedenheit aufbauen, sowie negative Gefühle die Trauer erschweren. Anhand dessen, bekommen die Studien mehr Gewicht der Bedeutung, denn die Ergebnisse sind auch für die Beantwortung der Fragestellung dieser Literaturübersicht entscheidend.

Greenstreet (2004) erklärt den Geschlechterunterschied während des Trauerprozesses. Diese sind nicht geschlechterspezifisch sondern an Geschlechtermuster gebunden, das heisst, dass beide Geschlechter beide Muster anwenden können. Dieses Ergebnis kann den Pflegefachpersonen helfen, den Trauernden, ob Mutter und/oder Vater, professioneller zu betreuen, wenn er ein erweitertes Hintergrundwissen der individuellen Trauerreaktionen, mit weiblichen und männlichen Trauermustern hat.

Die Studie von Riley et al. (2007) hatte als quantitatives Design nur eine Stichprobe von 35. Diese ist sehr tief und eine Verallgemeinerung, dass Optimisten eine weniger intensive Trauer zu bewältigen haben, ist daher auch hier nicht von grosser Bedeutung. Jedoch kann gesagt werden, dass die Hypothese der Studie bestätigt wurde und dass die Ergebnisse auch aus psychologischem Hintergrundwissen als richtig angesehen werden können.

## **5.3. Kultur/Religion und Psyche**

In fünf der elf ausgewählten Studien, wird von Kultur und/oder Religion in Verbindung mit der Psyche diskutiert (Anderson et al., 2005; Arnold et al., 2005; Davies, 2003; Greenstreet, 2004;

Kent & McDowell, 2004). Drei der fünf Studien wurden als gut bewertet (Benotung 5) und zwei als befriedigend (Benotung 4). Die Ergebnisse der Arbeiten wurden anhand des Beurteilungsrasters mehrheitlich als gut bis sehr gut bewertet. Die Aussage von Anderson et al. (2005), dass die Psyche (aufgabenorientiertes Verhalten) und die Religion im Zusammenspiel die Situation der Trauernden verbessert, kann aufgrund der gesamten Qualitätseinschätzung, als bedeutend beurteilt werden. Doch mit der Theorie von Kast (1999) ist es nicht direkt in Zusammenhang zu bringen und die befragten Mütter der Studie stammen nur aus Kaukasien. Ausserdem wurden keine weiteren Studien gefunden, die dasselbe Ergebnis erbringen. Jedoch wurde in der Problembeschreibung dargelegt, dass das Erleben des Verlustes u. a. von der Familienkultur, der eigenen Kultur und der Persönlichkeit abhängt. Daraus kann gesagt werden, dass die Kultur bei jeder Trauerverarbeitung eine Rolle spielen kann, wie das Individuum seine Kultur auslebt, und welche Bedeutung der Verlust in der jeweiligen Kultur einnimmt. Genauer wurde jedoch dieses Thema nicht angeschaut, weil es über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen würde.

In den Studien von Arnold et al. (2005), Greenstreet (2004) und Kent & McDowell (2004) wird dargelegt, dass die Kultur und die Religion eine grosse Rolle spielen und Davies (2003) sagt, dass das Pflegefachpersonal sich Wissen über Multikultur aneignen muss. Eine Studie davon, war auf den angloamerikanischen Raum begrenzt und eine wurde von Pflegefachpersonen durchgeführt. So kann dieses Ergebnis nicht verallgemeinert werden. Zusätzlich wird die Qualität von der Autorin auch in Frage gestellt, weil sie davon ausgeht, dass die Pflegefachpersonen keine Forscher waren, da dies nicht näher beschrieben wurde. Aber aufgrund des oben genannten Punktes, dass die Kultur durchaus je nach Individuum eine Rolle spielen kann, darf die Wissensaneignung über Multikultur nicht fehlen. Denn jeder Trauernde muss professionell betreut werden können, um Risikofaktoren des Trauerprozesses minimieren zu können.

#### **5.4. Verschiedene Unterstützungen**

Die Studien, welche die verschiedenen Unterstützungsressourcen diskutieren, werden qualitätsmässig unterschiedlich bewertet. Jedoch wird immer wieder gezeigt, dass die Ergebnisse durch die Problembeschreibung und die Theorie der Trauer nach Kast (1999) bestätigt werden können und somit ihre Relevanz erhalten.

##### **5.4.1. Soziale Unterstützung**

Von der sozialen Unterstützung war in zwei Studien die Rede (Laakso & Paunonen-Ilmonen, 2002; Riley et al., 2007). Laakso & Paunonen-Ilmonen (2002) erklären die Bedeutung des sozia-



len Netzes, wenn jemand einen Verlust erlitten hat, d. h. es ist wichtig, dass sie mit jemandem über Tod und Trauer sprechen können. Denn die Ergebnisse zeigen, dass durch wenig Unterstützung des Pflegepersonals mehr körperliche Beschwerden geäußert wurden und sie Hilfe des Arztes verlangten. Dies zeigt, dass das Pflegepersonal unbedingt diese soziale Stützung bieten muss. Sie müssen aktiv zuhören können, Unterstützungsbereitschaft zeigen und die Trauer selbst als Schwerstarbeit begreifen. Diese Interventionen werden von Müttern dieser Studie belegt, sie konnten durch diese Unterstützungsressource eine positive Entwicklung verspüren. Die Studie von Riley et al. (2007) bestätigt dies auch: Wer mehr Hilfe sucht und in mehr sozialen Beziehungen steht, entwickelt weniger schnell intensive Trauer. Beide Forschungsarbeiten wurden als befriedigend eingestuft (Benotung 4). Doch die Aussagekraft der Forschungsarbeit von Riley et al. (2007) wurde mit sehr gut bestätigt. Auch Kast (1999) bestätigt die Wichtigkeit der sozialen Beziehungen sehr. Es ist von grosser Bedeutung, dass die Trauernden in dieser Zeit nicht alleine sind, dass sie wissen, es steht ihnen jemand bei. Das ist auch relevant, da sie immer und immer wieder über den Vermissten sprechen möchten und auch sollten. Durch die Konfrontation lernt der Trauernde den Verstorbenen in sein aktuelles Leben auf eine neue Weise einzubeziehen, kann die inneren Werte der Beziehung auf diese Art finden, was ein wesentlicher Punkt ist, der zur Akzeptanz des Todes führt.

#### **5.4.2. Unterstützung von nahestehenden Personen**

Diese Unterstützungsressource wird in drei Studien erwähnt (Arnold et al., 2005; Laakso & Paunonen-Ilmonen, 2002; Woodgate, 2006). In allen drei Studien haben die Autoren erklärt, dass die Familie, Freunde und Verwandte eine sehr grosse Bedeutung in der Unterstützung des Trauernden einnehmen. Alle Studien wurden mit befriedigend eingestuft (Benotung 4), was eine niedrigere Qualität darstellt als bei einer höheren Benotung. Die Ergebnisse wurden in den Bewertungsbögen jeweils mit 50% bestätigt. Doch auch diese drei Studien werden durch Kast (1999) als sicher angesehen und zwar aus den gleichen Gründen, wie beim vorherigen Unterkapitel der sozialen Unterstützung. Kast (1999) erklärt auch, dass die Gefühle oft bei den Nahestehenden eher zum Ausdruck gebracht werden, noch intensiver und stärker gelebt werden. Dies ist ein sehr entscheidender Faktor für den Verlauf des Trauerprozesses. Die Emotionen müssen zur positiven Bewältigung unbedingt ausgesprochen und herausgelassen werden. Diese Gründe geben den Ergebnissen zusätzliches positives Gewicht. Trotzdem besteht nach wie vor die Gefahr, dass sich der Trauernde in einem Emotionschaos verliert und psychische Probleme auftreten können.

In diesem Fall bräuchte es Hilfe von aussen, damit die Trauerverarbeitung wieder in die richtige Bahn gebracht werden kann.

Doch die Unterstützung von Nahestehenden ist keinesfalls zu vermeiden. Sie übernehmen eine wichtige Rolle, sodass sich der Betroffenen in seiner Verzweiflung nicht alleine fühlt.

#### **5.4.3. Unterstützung von Selbsthilfegruppen für Trauernde**

Selbsthilfegruppen als Unterstützungssystem wurde in zwei Studien diskutiert (Arnold et al., 2005; Laakso & Paunonen-Ilmonen, 2002). Diese beiden Studien fielen widersprüchlich aus. Laut Laakso & Paunonen-Ilmonen (2002) wurde grösstenteils positiv über diese Unterstützungsmöglichkeit gesprochen, doch laut Arnold et al. (2005) sahen nur 5% einen Nutzen darin. Die Studie von Arnold et al. (2005) wurde die Aussagekraft in der Bewertung weniger bestätigt, als in der von Laakso & Paunonen-Ilmonen (2002). Das Ergebnis der weniger aussagekräftigen Forschungsarbeit könnte daran liegen, dass Selbsthilfegruppen auch Ängste auslösen können, da Trauer eine Privatsache ist. Doch Kast (1999) sieht in den Selbsthilfegruppen eine weitere Unterstützung im Trauerprozess. Denn Menschen die ähnliche Lebenssituationen erlebt haben, können sich gegenseitigen Halt geben. Auch die Autorin sieht diese Unterstützung als sehr relevant, weil sie eine zusätzliche soziale Bindung darstellt, welche die Trauernden unbedingt brauchen. Ob diese Ressourcen schliesslich von Trauernden in Anspruch genommen wird oder nicht, ist sicher vom Individuum selbst sehr stark abhängig. Wie schon erklärt, erlebt jeder den Verlust auf seine Art und Weise und deshalb braucht jeder die Ressourcen, die ihn bei seiner Trauer am besten unterstützen. Wichtig ist, dass die Ressource für alle Trauernden besteht und sie wissen, wo sie jederzeit weiter Hilfe erhalten können.

#### **5.4.4. Unterstützung durch professionelles Hilfspersonal**

Die Autoren Greenstreet (2004), Laakso & Paunonen-Ilmonen (2002), Kendrick (1998) und Kent & McDowell (2004) geben genaue Interventionen an, welche die Pflegefachpersonen erfüllen können, wenn ein Trauernder ihre Unterstützung braucht. Die Aussagekraft des Beurteilungsbogens wurde bei allen vier Studien von gut bis sehr gut bewertet. Es wird auch ersichtlich dass, alle vier Studieninhalte bezüglich der Aufgaben der Pflegefachpersonen übereinstimmen. Übereinstimmung mehrerer Autoren ist ein Zeichen guter Qualität. Es wird immer wieder angedeutet, dass die Trauernden professionelle Informationen brauchen, ihnen zugehört werden soll und dass mit dem Toten in Kontakt getreten werden soll. Diese Unterstützungshilfe kann wiederum mit der Problembeschreibung in Zusammenhang gebracht werden, weil Eltern über den Mangel

an Informationen und an unzureichender Pflege sprechen. Diese Mängel könnten mit den Interventionen der vier Forschungsarbeiten behoben werden. Die Theorie von Kast (1999) unterstützt die Ergebnisse ebenso. Sie äussert, dass der Trauernde nicht alleine sein sollte, die Emotionen ausgedrückt werden müssen und Erinnerungen an den Verstorbenen bestehen bleiben sollen. Es wird gelernt, den Tod zu akzeptieren. Aufgrund dieser Gleichheit könnten die Resultate in der Praxis angewendet werden und sich bewähren.

### **5.5. Mögliche Verstärkung der komplizierten Trauer**

Drei der elf Studien sprechen über mögliche Faktoren, die eine Trauer mit Risiken auslösen können (Arnold et al., 2005; Keesee et al., 2008; Znoj & Keller, 2002). Keesee et al. (2008) sagen, dass durch Misserfolg der Sinnsuche die komplizierte Trauer verstärkt wird. Doch dieses Ergebnis wird mit dem Beurteilungsraster nur sehr knapp bestätigt. Anhand der Theorie nach Kast (1999) kann es aber in Verbindung gebracht werden, da sie erklärt, dass die Sinnerfahrung zum Ausdruck kommt, wenn der Trauernde erkennt, dass der Tod ihm auch etwas gebracht hat. Wenn dies nicht der Fall ist, kann kein Sinn im Tod gefunden werden und es könnte eine Verstärkung der Trauer entstehen.

Die Aussage von Znoj und Keller (2002) kann anhand des Beurteilungsbogens nicht bestätigt werden, jedoch mit der Theorie über die Trauer von Kast (1999). Beide äussern, dass fehlgeschlagene emotionelle Reaktionen Folgen auslösen können. Sie können sich in einem Emotionschaos verirren, welches depressive Symptome auslösen kann. Die 37% der erhöhten Anzeichen einer Depression und dass trauernde Eltern höhere posttraumatische Symptome haben, als diejenigen, die einen anderen Nahestehenden verloren haben, kann mit dem Mangel an Wissen über die Begleitung und Unterstützung der Trauernden in Verbindung gebracht werden. Die Pflegefachpersonen müssen über das Wissen verfügen, wie eine normale Trauer unterstützt und fortgeführt wird.

Die Ergebnisse von Arnold et al. (2005) können durch die Beurteilung nicht vollständig bestätigt werden und auch nicht durch die Theorie. Kast (1999) erläutert, wie wichtig es ist, sich mit der Trauer auseinander zu setzen. Deshalb steht das Ergebnis, dass mehr Verletzlichkeit und Depression bis zu 25% ausgelöst wird, wenn die Trauer fortgeführt wird, im Ungleichgewicht zur Aussage von Kast (1999) und kann nicht auf eine grössere Trauergruppe übertragen werden. Dennoch steht fest, dass das Pflegepersonal die Aufgaben hat, die normale Trauer zu unterstützen, denn das Risiko in eine komplizierte Trauer zu geraten, ist stets bei jedem Hinterbliebenen

vorhanden und ist von verschiedenen Faktoren abhängig, z. B. von den vorhandenen sozialen Unterstützungsressourcen.

Trotz der mangelnden Qualität sieht die Autorin die Studien als relevant an, weil der Inhalt mit dem theoretischen Rahmen und der Problembeschreibung meistens eine Übereinstimmung gezeigt hat.

## **5.6. Fazit der Diskussion**

Die Diskussion der Ergebnisse macht deutlich, dass sich die Pflegefachpersonen bei der Unterstützung trauernden Eltern einer grossen Herausforderung stellen müssen. Es wird deutlich erklärt, über welche Interventionen die professionellen Helfer verfügen müssen und welche Faktoren sich ihnen in den Weg stellen können. Die Interventionen basieren auf einer wissenschaftlich fundierten Pflege, welche bei jedem Trauerpatienten individuell angepasst werden muss. Auch die bleibende Unterstützung nach dem Aufenthalt in der Institution ist von grosser Bedeutung, da sich der Trauerprozess über sehr lange Zeit erstrecken kann.

## 6. Schlussfolgerungen

Die Schlussfolgerungen wurden anhand der geschilderten Ergebnisse geschrieben und beinhalten die Beantwortung der Fragestellung, die Bedeutung für die Pflege und die Empfehlungen zur Implikation<sup>8</sup> der Ergebnisse in die Praxis. Zusätzlich wird die kritische Würdigung der Arbeit beschrieben und zum Abschluss der Lernprozess dargelegt.

### 6.1. Beantwortung der Fragestellung

Zur professionellen Unterstützung trauernder Eltern, die den Verlust ihres Kindes beklagen, gehört als Grundlage für jede Pflegefachperson, das Wissen über verschiedene Trauertheorien. Diese sind notwendig, damit den Pflegefachpersonen bewusst ist, dass Mütter und Väter individuelle Verhaltensweisen nach dem plötzlichen Verlust zeigen. Sie lernen Reaktionen, Risikofaktoren und mögliche Probleme erkennen, welche von grosser Bedeutung sind zur Unterstützung eines normalen Trauerprozesses.

Pflegefachpersonen müssen echtes Interesse am Umgang mit Trauer und Kommunikationsbereitschaft zeigen, indem sie aufmerksam zuhören und den Betroffenen ganzheitlich begleiten, das heisst, psychisch, physisch und spirituell. Die Hinterbliebenen müssen beim ersten Kontakt genaue Informationen über den weiteren Verlauf erhalten, da sind Worte sehr entscheidend. Ein geschützter Raum mit Privatatmosphäre sollte den trauernden Eltern zur Verfügung gestellt werden. Sie sollten Zeit mit dem Toten verbringen, die Leiche berühren und mit ihm sprechen und ihn vielleicht sogar waschen können. Dies unterstützt den Trauerprozess positiv und sollte von den Pflegefachpersonen angestrebt werden. Wichtig ist auch, dass der Trauernde unterstützt wird, seine starken Gefühle zuzulassen und ihm bewusst zu machen, dass er sich Zeit lassen soll und dass sein Verhalten normal ist. Zur Unterstützung der spirituellen Ebene sollten die Pflegefachpersonen über Zusammenfassungen von kulturellen Eigenheiten und Praktiken verfügen, zur optimalen Betreuung von Trauernden aus unterschiedlichen Kulturen.

Den Trauernden sollte vermittelt werden, dass sie die Unterstützung der Familie zugelassen werden sollte, da sie eine zentrale Rolle spielt. Sie gibt ihnen in ihrem Trauerprozess Halt und unterstützt sie ihren Verlust zu verarbeiten.

Zur längerfristigen Unterstützung können verschiedene Ressourcen einbezogen werden. Wichtig ist, dass Pflegefachpersonen Psychologen, Pfarrer sowie Sozialarbeiter mit einbezogen werden, welche den Trauernden auch über Wochen und Monate Betreuung und Beistand gewährleisten können. Informationen über verschiedene Selbsthilfegruppen für trauernde Eltern dürfen nicht

---

<sup>8</sup> Siehe Glossar Kapitel 8

fehlen. Die Pflegefachperson nimmt hier die Rolle ein, den Trauernden diese Möglichkeiten anzubieten, sie zu unterstützen und aufzuzeigen, welche positiven Aspekte diese beinhalten. Nebenbei muss aber die Möglichkeit bestehen, jederzeit einen Arzt kontaktieren zu können. Entscheidend ist, dass durchgehende Betreuung der Trauernden gewährleistet ist.

#### **6.1.1. Bedeutung für die Pflege**

Die Pflegefachpersonen sehen sich mit trauernden Eltern einer grossen Herausforderung gegenüber gestellt. Die Individualität des Trauerprozesses mit allen verschiedenen Verhaltensweisen ist der zentralste Punkt der professionellen Betreuung. Dieser muss den professionellen Helfern jederzeit bewusst sein. Trotz der Theorie der Trauer, welche von den Pflegefachpersonen verstanden werden muss, kann diese nicht einfach in jedem Fall vorbehaltlos angewendet werden, denn Trauer ist auch geschlechterunterschiedlich.

Oft sind Angehörige in der Institution mit vor Ort. Auch für diese sollten die Pflegefachpersonen ein „offenes Ohr“ haben, jedoch müssen immer die trauernden Eltern die Priorität sein.

Die Pflegefachpersonen dürfen ihre Betroffenheit zeigen. Diese muss aber in einem professionellen Rahmen gehalten werden. Die Unterstützung unmittelbar nach dem Tod darf nicht durch die Betroffenheit beeinträchtigt werden. Die Rolle der Pflegefachperson muss professionell ausgeführt werden können. Dazu gehört, dass man sich der eigenen Grenzen, sowie Werten und Normen gegenüber der Trauer, bewusst ist und sich damit auseinander gesetzt hat.

Bei der Unterstützung der Trauernden bleibt es stets beim Versuch, den Betroffenen zu helfen. Das Pflegepersonal darf nicht vom Erfolg ausgehen, so werden Frustrationen vermieden.

#### **6.1.2. Empfehlungen zur Implikation der Ergebnisse in die Praxis**

Zur Implikation der Ergebnisse in die Praxis eignet sich das Modell der sechs Schritte der Evidence-based Nursing-Methode, da diese Methode alle nötigen Schritte einer weiter erforschten Thematik zur Einführung auf einer Station enthält (Behrens & Langer, 2004b). Die ersten vier Schritte, Aufgabenstellung, Fragestellung, Literaturrecherche und kritische Beurteilung, wurden von der Autorin bereits durchgeführt. Zu den weiteren zwei Schritten, Implementierung/Adaptation und Evaluation, werden folgend von der Autorin Empfehlungen gemacht.

Da sich aus den Ergebnissen herausstellte, dass die Kenntnis der Trauertheorien eine wichtige Grundlage darstellt, sieht die Autorin die Fort- und Weiterbildung bezüglich der Thematik Trauer als geeignete Implikation der Ergebnisse in die Praxis. Dadurch können die Trauertheorien den Pflegefachpersonen näher gebracht werden und deren entscheidender Nutzen erklärt werden.

Die Pflegefachpersonen werden sensibilisiert und erhalten neues professionelles Wissen. Die Autorin sieht folgende Punkte als relevant an, die den Inhalt der Fort- und Weiterbildung ausfüllen könnten.

- Was Trauer bedeutet
- Die Phasen der Trauer
- Probleme und Risiken des unterdrückten Trauerprozesses
- Verschiedene Trauertheorien
- Rolle der Pflegefachpersonen
  - unmittelbar nach dem Tod des Kindes
  - langfristige Unterstützungsressourcen/-systeme

Ein Standard über die Betreuung der Trauernden unmittelbar nach dem Verlust und über die langfristige Unterstützung würde die Qualität der Arbeit der Pflegefachpersonen erhöhen, da jeder die gleichen Ziele verfolgt und die Qualität dadurch messbar ist (Giebing, François-Kettner, Roes & Marr, 1996). Die Verfassung des Standards würde der Leiter der Fort- oder Weiterbildung übernehmen und dieser wäre jederzeit für jedermann auf der Station verfügbar. Falls ein solcher Standard auf der Station schon besteht, würde dieser nach der Fort- oder Weiterbildung angepasst werden.

Nach der Durchführung der Fort- oder Weiterbildung und der Verfassung des Standards müssen die angewandten Interventionen zur Überprüfung der Effizienz, z. B. mit Interviews oder Fragebögen, evaluiert werden. Wenn sie sich bewähren, können dieselben Fort- oder Weiterbildungen auf weiteren geeigneten Stationen implementiert werden. Wenn sie sich nicht bewähren, müssen neue systematische Literaturübersichten erarbeitet werden, um das neuste Wissen dieser Thematik aufzeigen zu können. Es wird erwartet, dass die Standards häufig an die neuen Forschungsergebnisse angepasst werden.

## **6.2. Kritische Würdigung der Arbeit**

Anhand der Ergebnisse der einbezogenen Forschungsarbeiten konnte die Fragestellung beantwortet und die Absichten erreicht werden. Das heisst, es konnten klare professionelle Pflegeinterventionen formuliert und Unterstützungssysteme aufgezeigt werden. Auch die Ziele, die Erwartungen der Familie und die Betreuung nach dem Spitalaufenthalt, könnten mittels der Implementierung erreicht werden. Trotzdem besteht ein weiterer Forschungsbedarf. Denn diese Literaturübersicht konnte nur mit einer geringen Anzahl Forschungsarbeiten geschrieben werden, da nicht mehr Studien zur Thematik gefunden wurden. Diese gewählten Studien wurden anhand des Qua-

litätsrasters nicht alle als sehr gut eingestuft und auch die Aussagekraft konnte nicht überall bestätigt werden. Zusätzlich sind die meisten qualitativ oder gehören zu einer Leitlinie, welche zu einer allgemein niedrigeren Qualität zählen. Jedoch sind qualitative Studien sehr sinnvoll, wenn es darum geht, das Erleben aufzuzeigen. Dieser Punkt ist in dieser Literaturübersicht sehr bedeutend. Negativ wird beurteilt, dass sich viele Studien auf die allgemeine Trauer stützten und sich nicht nur auf Kinder beziehen, bzw. auch Eltern sind. In einigen Arbeiten wurden nur Kaukasen einbezogen. Diese Aspekte sagen deutlich aus, dass weitere Untersuchungen nötig sind, um diese und weitere professionellere Interventionen und Unterstützungsmassnahmen zu bestätigen.

Ein weiterer Grenzpunkt der Arbeit ist, dass die Muttersprache der Autorin Deutsch ist. Es wurden elf englische Studien in die Arbeit einbezogen und somit können Übersetzungen von bester Qualität nicht gewährleistet werden.

### **6.3. Lernprozess**

Dieses Unterkapitel beschreibt den Lernprozess der Thematik und den zur Forschung und zum methodischen Vorgehen. Die Autorin schildert, was sie durch diese systematische Literaturübersicht gelernt hat und wie sie dieses Wissen in Zukunft in ihre Arbeit integrieren kann.

#### **6.3.1. Lernprozess zur Thematik**

Die Autorin verfügt bei Beginn der Arbeit über ein Grundwissen über die Thematik Trauer. Sie wusste, auch durch eigene Erfahrungen, dass die Konfrontation mit dem Tod eine grosse Herausforderung darstellt. Durch die intensive Bearbeitung dieser Thematik hat sich die Schreiberin eine Menge an neuem Wissen erlangt und somit ihr Grundwissen erweitern können. Aufgrund dieser Arbeit kann sie sich nun noch besser vorstellen, was diese Herausforderung bedeutet, vor allem, wenn Eltern ihr eigenes Kind verlieren. In Zukunft wird sich die Autorin professioneller gegenüber den Trauernden und den Angehörigen verhalten, da sie über den Hintergrund dieser Thematik viel dazu gelernt hat.

#### **6.3.2. Lernprozess zur Forschung und zum methodologischen Vorgehen**

Die Autorin hat sich das erste Mal mit einer wissenschaftlichen Arbeit auseinander gesetzt. Nach der definitiven Festlegung der Fragestellung, begann die Autorin mit der Literaturrecherche auf den verschiedenen Datenbanken. Hier zeigten sich zu Beginn einige Schwierigkeiten, da sie nicht richtig in die Vorgehensweisen eingearbeitet worden war. Mit der intensiven Auseinandersetzung



mit den Datenbanken konnte sie sich mehr damit vertraut machen und fand mit der Zeit geeignete Studien. Die Englischkenntnisse konnte die Autorin in diesem Gebiet im Verlaufe der Studie erweitern. Es handelte sich grösstenteils um psychologische Arbeiten, was der Autorin einige Mühe bereitete. Sie verfügt nicht über die Englischkenntnisse, welche verlangt werden, um psychologische Wissenschaftsarbeiten einwandfrei verstehen zu können. Die genaue Übersetzung von Fachbegriffen wäre notwendig. Aufgrund dessen, kostete die Übersetzung der Forschungsarbeiten der Schreiberin dementsprechend sehr viel Aufwand. Auch das Ausfüllen der Beurteilungsraster von Behrens und Langer (2004a) nahm viel Zeit in Anspruch. Sie kannte den Nutzen dieser Raster, doch während des Schreibens der Diskussion wurde ihr noch stärker bewusst, welche Hilfeleistung sie zusätzliche einnehmen können. Die Autorin konnte ihr Wissen über das methodologische Vorgehen erweitern und gewann einen tieferen Einblick in die wissenschaftliche Forschungswelt, welche in der heutigen Zeit stets mehr an Bedeutung gewinnt.

## 7. Literaturverzeichnis

- Anderson, M. J., Marwit, S. J., Vandenberg, B. & Chibnall, J. T. (2005). Psychological and Religious Coping Strategies of Mothers bereaved by the Sudden Death of a Child. *Death Studies*, (29), 811-826.
- Arnold, J., Buschmann Gemma, P. & Cushman L. F. (2005). Exploring Parental Grief: Combining Quantitative and Qualitative Measures. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19 (6), 245-255.
- Behrens, J. & Langer, G. (2004a). *Evidence-based Nursing*. Bern: Huber.
- Behrens, J. & Langer, G. (2004b). *Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft*. Bern: Hans Huber.
- Bibliographisches Institut GmbH und Duden Paetec GmbH. (2010). *DUDEN*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.duden.de/suche/index.php?suchwort=Setting&suchbereich=mixed#in-halte> [Zugriff am 29. Juni 2010].
- Casarett, D., Kutner, J. S. & Abraham, J. (2001). Life after Death: A Practical Approach to Grief and Bereavement. *Ann Intern Med.*, 134 (3), 208-215.
- Cook, B. & Phillips, S. G. (1995). *Verlust und Trauer: Bedeutung – Umgang – Bewältigung*. Berlin: Ullstein Mosby.
- Davies, R. (2003). New understandings of parental grief: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (5), 506-513.
- Drosdowski, G., Scholze-Stubenrecht, W. & Wermke, M. (1997). *DUDEN – Das Fremdwörterbuch*. Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockenhäus.
- Giebing, H., François-Kettner, H., Roes, M. & Marr, H. (1996). *Pflegerische Qualitätssicherung. Konzept, Methode, Praxis*. Bern: Hans Huber.
- Greenstreet, W. (2004). Why nurses need to understand the principles of bereavement theory. *British Journal of Nursing*, 13 (10), 590-593.
- Kast, V. (1999). *Trauern, Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*. Stuttgart: Kreuz Verlag.

- Keesee, N. J., Currier, J. M. & Neimeyer, R. A. (2008). Predictors of Grief Following the Death of One's Child: The Contribution of Finding Meaning. *Journal of Clinical Psychology*, 64 (10), 1145-1163.
- Kendrick, K. D. (1998). Bereavement Part 1: theories of bereavement. *Professional Nurse*, 14 (1), 57-62.
- Kent, H. & McDowell, J. (2004). Sudden bereavement in acute care settings. *Nurs Stand*, 19 (6), 38-42.
- Laakso, H. & Paunonen-Ilmonen M. (2002). Mothers' experience of social support following the death of a child. *J Clin Nurs*, 11 (2), 176-185.
- Mayer, H. (2007). *Pflegeforschung kennenlernen – Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung* (4. Aufl.). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Parkes, C. M. (1972). *Bereavement, Studies of Grief in Adult Life*. Penguin: Harmondsworth.
- Parkes, C. M. (1986). *Bereavement, Studies of Grief in Adult Life*. Tavistock: London.
- Polit, D. F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung*. Bern: Huber.
- Riley, L P., Lamontagne, L. L., Hepworth, J .T. & Murphy, B. A. (2007). Parental grief responses and personal growth following the death of a child. *Death Studies*, (31), 277-299.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK]. (1998). *Pflegende und Forschung: Ethische Grundsätze*. Bern.
- Seecharan, G. A., Andresen, E. M., Norris, K. & Toce, S. S. (2004). Parents' Assessment of Quality of Care and Grief Following a Child's Death. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, (158), 515-520.
- Ströbe, M. S. (1998). New directions in bereavement research: exploration of gender differences. *L'alliât Mrd*, (12), 5-12.
- Ströbe, M. & Schut, I. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud.*, (23), 197 224.
- Walter, T. (1996). A new model of grief: bereavement and biography. *Mortality*, 1 (1), 7-25.

- Woodgate, R. L. (2006). Living in a World Without Closure: Reality for Parents Who Have Experienced the Death of a Child. *Journal of Palliative Care*, 22 (2), 75-82.
- Worden, J. W. (1999). *Beratung und Therapie in Trauerfällen: ein Handbuch*. Bern: Hans Huber.
- Zeller-Forster, F. (2004). Verlust/Trauer. In S. Käppeli (Hrsg.), *Pflegekonzepte – Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld*, Band 1 (S. 119-132). Bern: Huber.
- Znoj, H. J. & Keller, D. (2002). Mourning Parents: Considering Safeguards and their Relation to Health. *Death Studies*, (26), 545-565.

## 8. Glossar

Abstract	Ein Abstract ist eine „kurze Inhaltsangabe eines Artikels oder Buches“ (Drosdowski, Scholze-Stubenrecht, Wermke, 1997, S. 26).
Design	Unter Design wird „die Untersuchungsanordnung, die das Vorgehen bei der Forschungsarbeit bestimmt“, verstanden (Mayer, 2007, S. 192).
Ethik	Ethik ist „ein Teilgebiet der Philosophie. Sie ist die wissenschaftliche Betrachtung moralischer und sittlicher Fragen, wobei Moral sich auf den Handlungsaspekt der Sittlichkeit bezieht“ (Mayer, 2007, S. 190).
Evidence	Im Zusammenhang mit Evidence-based Nursing bedeutet Evidence (engl.) „wissenschaftlicher Nachweis“ oder „wissenschaftlicher Beleg“ (Mayer, 2007, S. 191).
Methodologie	Methodologie bedeutet „Methodenlehre, Theorie der wissenschaftlichen Methoden“ (Drosdowski, et al., 1997, S. 515).
Implikation	Kommt aus dem Lateinischen und bedeutet „Verflechtung - Einbeziehung einer Sache in eine andere“ (Drosdowski, et al., 1997, S. 351).
Paradigmawechsel	Paradigma wird mit „Denkmuster, das das wissenschaftliche Weltbild, die Weltsicht einer Zeit prägt“ erklärt (Drosdowski, et al., 1997, S. 591).
Phänomenologie	Phänomenologie wird als „eine Methode der qualitativen Forschung, bei der es um die Untersuchung von Phänomenen und ihrer Erscheinungsweisen sowie um die Aufdeckung und das Verstehen ihres Wesens geht“, beschrieben (Mayer, 2007, S. 196).

Randomisierung	Die Übersetzung lautet: „Eine spezielle Art der Stichprobenbildung nach dem Zufallsprinzip“ (Mayer, 2007, S. 197).
Setting	Setting kommt aus dem Englischen und bedeutet Rahmen, Umgebung (Bibliographisches Institut GmbH und Duden Paetec GmbH, 2010).
Stichprobe	Dies bedeutet „eine Gruppe von Elementen, aus denen sich die Grundgesamtheit zusammensetzt“ (Mayer, 2007, S. 198).

## 9. Anhang

### A) Schritte zur Erstellung einer systematischen Literaturübersicht

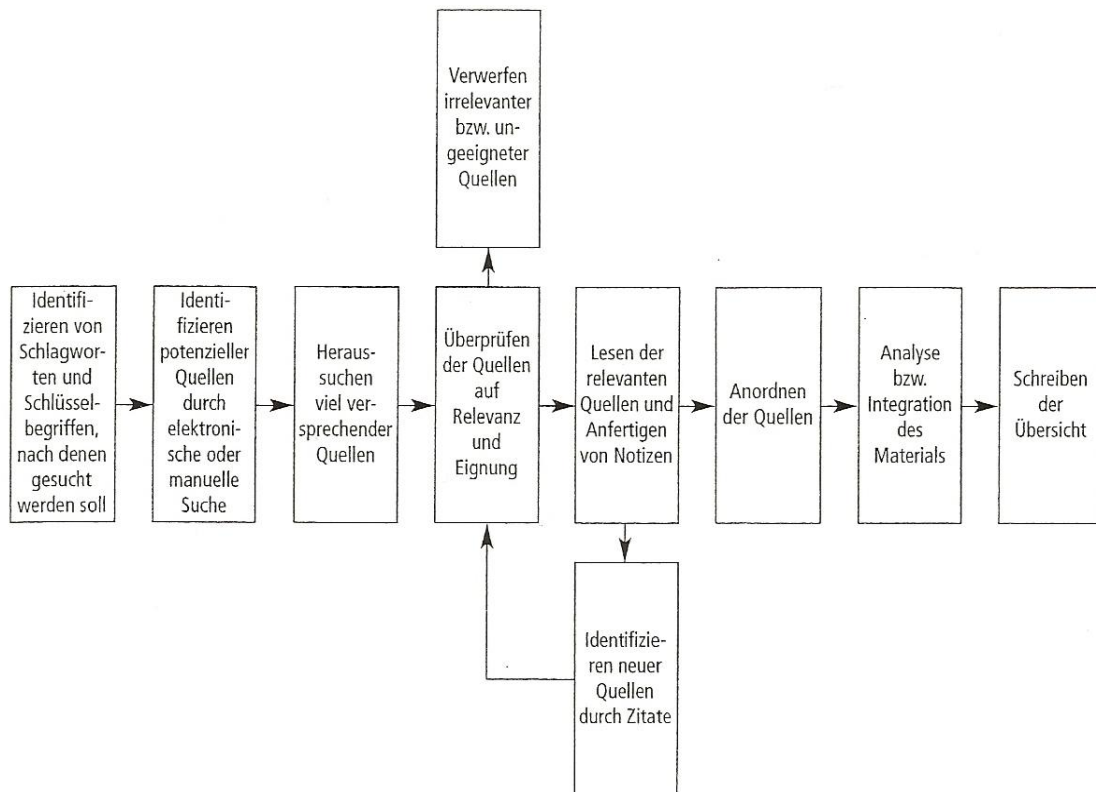


Abb. 1: Schritte zur Erstellung einer systematischen Literaturübersicht  
(Polit, Beck & Hungler, 2004)

**B) Suchstrategie/Ablauf der systematischen Literatursuche**

**PUBMED**

<b>Datum der Studiensuche</b>	<b>Suchbegriffe</b>	<b>Limits</b>	<b>Anzahl Treffer</b>
15. Nov. 09	bereavement AND mourning AND support AND parents AND nursing	no Limits	183
15. Nov. 09	grief AND aid AND parents AND nursing	no Limits	3
28. Nov. 09	coping AND parents AND death own child	Englisch, Deutsch	25
28. Nov. 09	coping AND parents AND death own child AND grief	Englisch, Deutsch	12
10. Dez. 09	grief AND parents AND mourning AND support	Englisch, Deutsch, 2000 – 2009	0
15. Dez. 09	adaptation, psychological AND grief AND parents AND death	Englisch, Deutsch, 2000 – 2009	114
7. Jan. 10	adaptation, psychological AND bereavement AND parents AND nursing care	Englisch, Deutsch, 1990 – 2009	187
7. Jan. 10	adaptation, psychological AND death AND child AND life support care	Englisch, Deutsch, 1990 – 2009	51
7. Jan. 10	adaptation, psychological AND death AND bereavement AND life support care	Englisch, Deutsch, 1990 – 2009	95
25. Feb. 10	adaptation, psychological AND grief AND parents	Last 10 years, Englisch, Deutsch, nursing journals	112
25. Feb. 10	adaptation, psychological AND grief AND parents AND death	Last 10 years, Englisch, Deutsch, nursing journals	51
25. Feb. 10	adaptaion, psychological AND grief AND parents AND nursing	Last 10 years, Englisch, Deutsch, nursing journals	93



28. Feb. 10	Coping, parents, death own child	Englisch, Deutsch, Französisch	26
28. Feb. 10	Adaptation psychological, bereavement, parents, nursing care	Englisch, Deutsch, Französisch	206
28. Feb. 10	Adaptation psychological, bereavement, death own child, nursing care	Englisch, Deutsch, Französisch	5
28. Feb. 10	Adaptation psychological, death own child, life support care	Englisch, Deutsch, Französisch	5
28. Feb. 10	Adaptation psychological, death, child, life support care	Englisch, Deutsch, Französisch	52
28. Feb. 10	Crises, death, parents, nursing care	Englisch, Deutsch, Französisch	0
28. Feb. 10	Crises, bereavement, parents, nursing care	Englisch, Deutsch, Französisch	2
28. Feb. 10	Crises, grief, parents, nursing care	Englisch, Deutsch, Französisch	2
28. Feb. 10	Adaptation psychological, bereavement, death, nursing care	Französisch	13
28. Feb. 10	Adaptation psychological, bereavement, death, life support care	Französisch	2
28. Feb. 10	Identity crises, bereavement, death, life support care	Französisch	0
28. Feb. 10	Identity crises, bereavement, death, child, nursing care	Französisch	0
28. Feb. 10	Adaptation psychological, bereavement, death, child, nursing care	Französisch	4
28. Feb. 10	Adaptation psychological, bereavement, sudden death, nursing care	Französisch	2
28. Feb. 10	Coping, bereavement, sudden	Französisch	1

	death, child, nursing care		
28. Feb. 10	Coping, bereavement, sudden death, child, nursing care	Englisch, Deutsch, Französisch	13
28. Feb. 10	Coping, sudden death, child, nursing care	Englisch, Deutsch, Französisch	20
28. Feb. 10	Adaptation psychological, sudden death, child, nursing care	Englisch, Deutsch, Französisch	17

### CINAHL

Datum der Studiensuche	Suchbegriffe	Limits	Anzahl Treffer
2. Dez. 09	coping AND parents AND death	2000-2009, Englisch	163
3. Dez. 09	crises AND parents AND death	2000-2009, Englisch	9
3. Dez. 09	crises AND death AND child	2000-2009, Englisch	19
3. Dez. 09	coping AND death AND child	2000-2009, Englisch	246
3. Dez. 09	coping AND death AND child NOT cancer NOT suicide	2000-2009, Englisch	182
9. Dez. 09	crises AND parents AND bereavement NOT suicide NOT cancer	2000-2009, Englisch	55
9. Dez. 09	crises AND parents AND grief NOT suicide NOT cancer	2000-2009, Englisch	79
10. Dez. 09	coping AND parents AND death AND nursing	2000-2009, Englisch	32
10. Dez. 09	coping AND death AND child AND nursing	2000-2009, Englisch	24
10. Dez. 09	interventions AND parents AND death AND nursing	2000-2009, Englisch	9
13. Dez. 09	adaptation AND psychological AND bereavement AND parents	1990-2009, Englisch	65

### C) Überblick der ausgewählten Literatur

Autor/en, Jahr	Titel	Design
Anderson, M. J., Marwit, S. J., Vandenberg, B. & Chibnall, J. T. (2005)	Psychological and Religious Coping Strategies of Mothers bereaved by the Sudden Death of a Child	Qualitative Studie, Phänomenologie
Arnold, J., Buschmann Gemma, P. & Cushman L. F. (2005)	Exploring Parental Grief: Combining Quantitative and Qualitative Measures	Qualitative und quantitative Studie
Davies, R. (2003)	New understandings of parental grief: literature review	Literaturreview
Greenstreet, W. (2004)	Why nurses need to understand the principles of bereavement theory	Leitlinie
Keesee, N. J., Currier, J. M. & Neimeyer, R. A. (2008)	Predictors of Grief Following the Death of One's Child: The Contribution of Finding Meaning	Qualitative Studie, Phänomenologie
Kendrick, K. D. (1998)	Bereavement Part 1: theories of bereavement	Leitlinie
Kent, H. & McDowell, J. (2004)	Sudden bereavement in acute care settings	Leitlinie
Laakso, H. & Paunonen-Ilmonen, M. (2001)	Mothers' experience of social support following the death of a child	Qualitative Studie, Phänomenologie
Riley, L. P., Lamontagne, L. L., Hepworth, J. T. & Murphy, B. A. (2007)	Parental grief responses and personal growth following the death of a child	Quantitative Studie
Woodgate, R. L., (2006)	Living in a World Without Clouse: Reality for Parents Who have Experienced the Death of a Child	Qualitative Studie, Phänomenologie
Znoj, H. J. & Keller, D. (2002)	Mourning Parents: Considering Safeguards and their Relation to Health	Quantitative Studie

## **D) Beurteilungsbogen nach Mayer (2007)**

### **Beurteilungskriterien der Studien für den Ein- oder Ausschluss**

1. Bildet der Forschungsbericht ein Ganzes (sind Zusammenhänge logisch?) und erscheint er sinnvoll? **(2 Punkte)**
2. Erscheinen die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen sinnvoll? **(2 Punkte)**
  - Ist die Untersuchung sorgfältig begründet?
  - Besteht ein Zusammenhang zwischen der Begründung und den Fragen, auf die eine Antwort gesucht wurde?
  - Ist der theoretische Hintergrund, auf dem die Studie (bzw. die Frage) aufbaut, verständlich und nachvollziehbar erklärt?
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen? **(1 Punkt)**
4. Ist der Gang der Studie nachvollziehbar? **(1 Punkt)**
5. Beantwortet die ForscherIn die Fragen, die sie/er stellt? **(2 Punkte)**

Zusatz:

6. Ist ein ethischer Standpunkt vertreten? **(1 Punkt)**
7. Ist die Studie relevant für diese Review? **(3 Punkte)**

**Total: 12 Punkte (Einbezug der Studie ab 8 Punkten)**

## E) Ausgeschlossene Studien nach Mayer

**Casarett, D., Kutner, J. S. & Abrahm, J. (2001). Life after Death: A Practical Approach to Grief and Bereavement. *Ann Intern Med.*, 2001 (134), 208-215.**

1. *Bildet der Forschungsbericht ein Ganzes (sind Zusammenhänge logisch?) und erscheint er sinnvoll?* Ja; es wird eine Patientensituation beschrieben. Vier Stadien der Trauer werden durchlebt und entsprechende Behandlungsmethoden vorgeschlagen. (2)
2. *Erscheinen die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen sinnvoll?* (1)
  - *Ist die Untersuchung sorgfältig begründet?* Nein; es wird nur eine Begründung beschrieben. Ein Arzt muss auch Trauer als Krankheitsursache erkennen können.
  - *Besteht ein Zusammenhang zwischen der Begründung und den Fragen, auf die eine Antwort gesucht wurde?* Es wurde keine Frage gestellt, es ist eine Annäherung an das Thema Trauer und Verlust.
  - *Ist der theoretische Hintergrund, auf dem die Studie (bzw. die Frage) aufbaut, verständlich und nachvollziehbar erklärt?* Ja; in Form von Tabellen.
3. *Besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen?* Es ist eine Patientensituation und deshalb wird keine wissenschaftliche Methode angewendet. (0)
4. *Ist der Gang der Studie nachvollziehbar?* Ja; die Chronologie wird strikte eingehalten. (1)
5. *Beantwortet die ForscherIn die Frage, die sie/er stellt?* Die Forscherin stellt eine Forderung auf, dass der Arzt die Fähigkeit entwickelt, auf Trauer zu reagieren. (0)

### Zusatz:

6. *Ist ein ethischer Standpunkt vertreten?* Es werden ethische Haltungen erwähnt, aber kein klarer ethischer Standpunkt vertreten. (0.5)
7. *Ist die Studie relevant für diese Review?* Nein, die Studie ist für diese Review nicht relevant, weil es nicht um trauernde Eltern geht, die ihr Kind plötzlich verloren haben und weil es nicht um Interaktionen des Pflegepersonals sondern um Ärzte und Psychiater geht. (0)

(Die Studie erreicht 4.5 von 12 Punkten, wird deshalb nicht mit einbezogen.)

**Seecharan, G. A., Andresen, E. M., Norris, K. & Toce, S. S. (2004). Parents' Assessment of Quality of Care and Grief Following a Child's Death. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 2004 (158), 515-520.**

1. *Bildet der Forschungsbericht ein Ganzes (sind Zusammenhänge logisch?) und erscheint er sinnvoll?* Ja; die Zusammenhänge sind logisch aufgebaut. Es wird eine Frage qualitativ und quantitativ abgehandelt. (2)
2. *Erscheinen die zu Grunde liegenden theoretischen Betrachtungen sinnvoll?* (0.5)
  - *Ist die Untersuchung sorgfältig begründet?* Die Untersuchung wurde nicht begründet.
  - *Besteht ein Zusammenhang zwischen der Begründung und den Fragen, auf die eine Antwort gesucht wurde?* Es gibt nur eine Antwort, aber die Begründung dazu fehlt.
  - *Ist der theoretische Hintergrund, auf dem die Studie (bzw. die Frage) aufbaut, verständlich und nachvollziehbar erklärt?* Kein theoretischer Hintergrund beschrieben.
3. *Besteht ein Zusammenhang zwischen der benutzten Methode und den gestellten Fragen?* Ja; die Methode ist teils quantitativ (Intensität der Trauer) und qualitativ (Frage nach der Qualität der Pflege). (1)
4. *Ist der Gang der Studie nachvollziehbar?* Ja; der Aufbau ist einfach nachvollziehbar und klar. Es werden nach verschiedenen Methoden Fragen zu Trauer und Pflegequalität untersucht. (1)
5. *Beantwortet die ForscherIn die Frage, die sie/er stellt?* Ja; Umfrage über die Art der Trauer und Qualität der Pflege wird analysiert und das Resultat ist bekannt. (2)

Zusatz:

6. *Ist ein ethischer Standpunkt vertreten?* Es wird kein ethischer Standpunkt ersichtlich. (1)
7. *Ist die Studie relevant für diese Review?* Nein; Untersuchungen beziehen sich spezifisch auf Kinderspitäler in den USA, 84% sind Palliativpatienten und die Resultate sind eher unbefriedigend, da 1/3 der angefragten Eltern nicht antworten wollte. Nur drei der Fragen zur Qualität der Spitalpflege betreffen das Pflegepersonal. Es wurden keine Single-Mütter in die Studie einbezogen und keine jungen Mütter. Skalas der Fragebögen müssen theoretischer sein, um zu greifen. (0)

(Die Studie erreicht 7.5 von 12 Punkten, wird deshalb nicht mit einbezogen.)

F) Beurteilungsraster mit den dazugehörigen Beurteilungen nach Behrens und Langer (2004)

Beurteilung einer qualitativen Studie	
Quelle: .....	
Forschungsfrage: .....	
Glaubwürdigkeit	
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i>
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i>
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i>
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i>
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i>
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i>
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Matrix, Themen? Verschiedene Herangehensweisen?</i>
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<i>Wenn nicht: warum nicht?</i>
Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<i>Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparenz? Ziele?</i>
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<i>Konstanz im Forschungsprozess? Validierung durch Teilnehmer?</i>
Anwendbarkeit	
11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	
<i>Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung):</i> 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	

<http://www.moodle.net/moodle/mod/quiz/view.php?id=111>

V 1.1

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2004): *Qualitative Sozialforschung*. Hans Huber: Bern.

**Anderson, M. J., Marwit, S. J., Vandenberg, B. & Chibnall, J. T. (2005). Psychological and Religious Coping Strategies of Mothers bereaved by the Sudden Death of a Child. *Death Studies*, 2004 (29), 811-826.**

Forschungsziel: Das Ziel ist, herauszufinden, ob eine Interaktion zwischen psychologischer und religiöser Bewältigung des Trauerprozesses nach plötzlichem Tod eines Kindes besteht.

#### Glaubwürdigkeit

1. *Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?* Es wurde keine direkte Forschungsfrage formuliert sondern ein Untersuchungsziel: nämlich, ob eine Interaktion zwischen psychologischer und religiöser Bewältigung des Trauerprozesses nach plötzlichem Tod eines Kindes besteht. (1)
2. *Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?* Es ist eine Phänomenologie, weil das Verhalten der Teilnehmer erfragt wird. (1)
3. *Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?* Ja; dies wird durch den Einbezug vieler Studien sichtbar und es erfolgte eine Datensammlung vor der Durchführung. (1)
4. *Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?* Ja; das Ereignis liegt 4.5 Jahre zurück, genug Zeit um nach psychologischen und religiösen Bewältigungsstrategien zu fragen. (1)
5. *Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?* Ja; die Teilnehmer und ihr Umfeld wurden statistisch ausreichend beschrieben. Die Forscher wurden mangelhaft erwähnt. (0.5)
6. *Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?* Der Vorgang wurde genau beschrieben, indem aufgelistet wurde welche Fragebögen benutzt wurden und welche Klassifizierungen dabei abgeleitet wurden. (1)
7. *Wie erfolgte die Analyse der Daten?* Es wurden zuerst die Hauptkomponenten analysiert, zwei Faktoren (positiv und negativ religiöses Verhalten). Danach wurden Kovarianten bearbeitet. (1)
8. *Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?* Nein, war nicht ersichtlich. (0)

#### Aussagekraft

9. *Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?* Die Ergebnisse sind nachvollziehbar, Interaktion von psychologischem und religiösem Zusammenarbeiten erhöht die Verbesserung der Trauerarbeit. Doch hat die Studie Grenzen: allgemeine Aussagen sind nicht möglich, weil Mütter nur aus Kaukasien stammen, Zeitspanne zwischen Tod und Befragung lang ist und es sich um eine schwierige Art von Tod handelt. Es wurden keine Zitate aufgelistet. (0.5)
10. *Wurden die Ergebnisse bestätigt?* Teilweise; positive und negative religiöse Verhaltensweisen stimmten zu 95% mit anderen Arbeiten überein. Es wurde keine Validierung der Teilnehmer durchgeführt. (0.5)

#### Anwendbarkeit

11. *Helfen mir die Ergebnisse der Studie die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?* Teilweise; denn die Studie zeigt, dass ein umfassendes Verständnis von Trauer und deren Bewältigung nötig ist. Es braucht eine Interaktion zwischen psychischer und religiöser Bewältigung. Daher ist diese Studie eher für Psychologen geeignet und nicht direkt für das Pflegepersonal, da die religiöse Komponente von ihnen nicht beeinflussbar ist. (0.5)
12. *Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?* Ja, wenn festgestellt wird, dass der Betroffene religiös ist. (0.5) (8.5 von 12 Punkten erreicht, Benotung 4)



**Arnold, J., Buschmann Gemma, P. & Cushman L. F. (2005). Exploring Parental Grief: Combining Quantitative and Qualitative Measures. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2005 (6), 245-255.**

Forschungsziel: Das Ziel ist, das bereits vorhandene Verständnis für die komplexen Reaktionen auf die Trauer beim Tod eines Kindes zu erweitern und den Begriff Trauer zu vertiefen. Ebenso soll gezeigt werden, dass Trauer lebenslang bestehen bleibt.

#### Glaubwürdigkeit

1. *Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?* Es wurde keine Forschungsfrage, aber ein klare Absicht und das Ziel formuliert. Das Forschungsthema wird in seinem Umfeld diskutiert, alle Befragten berichten von ihren eigenen Erlebnissen. (1)
2. *Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?* Es ist eine Phänomenologie<sup>9</sup>, weil von Erfahrungen berichtet wird. Es sind quantitative Ansätze vorhanden, da Kreuzchenfragen (52 Themen) in den Fragebögen integriert sind. (0.5)
3. *Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?* Ja; es wurden viele Studien zur Recherche beigezogen. Themen, Definitionen, Trauer als Hilfe, Trauern wegen Kindstod als extremste Form des Trauerns. Die Datensammlung erfolgte vor der Untersuchung. (1)
4. *Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?* Ja; es wurden nur Betroffene befragt und damit begründet. (1)
5. *Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?* Teilweise; in Tabellenform: Alter, Geschlecht, sozialer Status, Bildung, Zivilstand, Arbeitsstelle. Die Forscher wurden nicht genau beschrieben. (0.5)
6. *Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?* Ja; es wurden Interviews mit offenen Fragen abgehalten und es wurden Bilder zum Beschreiben dargelegt. (1)
7. *Wie erfolgte die Analyse der Daten?* Aus dem quantitativen Teil (Vergleiche zweier Gruppen) wurden Schlüsse gezogen und in Beziehung zu den Fragen der Interviews gestellt. (0.5)
8. *Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?* Nein; die Sättigung ist nicht ersichtlich. (0)

#### Aussagekraft

9. *Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?* Ja; die Transparenz ist gewahrt, die Absicht der verschiedenen Fragestellungen des Fragebogens ist klar, der Aufbau und die Interpretation der Bilder ist ersichtlich. Zitate wurden keine formuliert. (0.5)
10. *Wurden die Ergebnisse bestätigt?* Teilweise; es wurde keine Validierung durchgeführt, doch der Konsens im Forscherteam bestand. (0.5)

#### Anwendbarkeit

11. *Helfen mir die Ergebnisse der Studie die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?* Ja; Aussagen von Vergleichsgruppen helfen mir die Betroffenen besser zu verstehen. (1)
12. *Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?* Nein; die Studie bietet keine konkreten Anwendungsmöglichkeiten, fördert aber das theoretische Verständnis für das Verhalten von Betroffenen und ist als Hintergrund für die Arbeit mit Betroffenen sehr wichtig und nützlich. (0.5)

(8 von 12 Punkten erreicht. Benotung 4)

---

<sup>9</sup> Siehe Glossar Kapitel 8

**Keesee, N. J., Currier, J. M. & Neimeyer, R. A. (2008). Predictors of Grief Following the Death of One's Child: The Contribution of Finding Meaning. *Journal of Clinical Psychology*, 64 (10), 1145-1163.**

Forschungsfrage: Welche Risikofaktoren bestehen während des Prozesses der Sinnfindung nach einem Kindstod?

#### Glaubwürdigkeit

1. *Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?* Ja; es soll ein Zusammenhang zwischen Risikofaktoren, wie gewaltsamer Tod, Einzelkind, andere Verluste die trauernde Eltern erlebt haben und der Sinnfindung herausgefunden werden und daraus die Intensität der Trauer festgestellt werden. (1)
2. *Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?* Es ist eine Phänomenologie, weil die Teilnehmer über ihre Erlebnisse sprechen. (1)
3. *Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?* Ja; es wurde viel Literatur über Risikofaktoren formuliert, es fand eine Vertiefung der Literatur statt und die Datensammlung erfolgte vor der Durchführung. (1)
4. *Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?* Ja; weil nur Mütter und Väter, die ihr Kind durch Unfall oder Krebs verloren haben, befragt wurden. (1)
5. *Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?* Die Teilnehmer und ihr Umfeld wurden nicht detailliert beschrieben, es werden nur einige Angaben gemacht. (0.5)
6. *Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?* Ja, es wurden genaue Analysen und Auswertungen gemacht, es hat viele Tabellen. (1)
7. *Wie erfolgte die Analyse der Daten?* Es wurden verschiedene Muster aufgezeigt. (1)
8. *Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?* Nein; dies ist nicht ersichtlich. (0)

#### Aussagekraft

9. *Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?* Teilweise; sie sind ausführlich diskutiert, und sorgfältig in Zusammenhang mit der Fragestellung gebracht. Die Ergebnisse sind für die Forschenden nicht eindeutig. Die Ergebnisse zeigen, dass Sinnerklärungen nicht messbar sind. Ein klares Resultat zeigt nur der Risikofaktor gewaltsamer Tod. Dieser wird als völlig sinnlos eingestuft. Es werden keine Zitate beschrieben. (0.5)
10. *Wurden die Ergebnisse bestätigt?* Nein konnte nicht bestätigt werden. Das Fehlen von Sinngebung konnte nicht mit absoluter Sicherheit als Quelle von intensiver Trauer bestätigt werden. Es gab keine Validierung der Teilnehmer. (0)

#### Anwendbarkeit

11. *Helfen mir die Ergebnisse der Studie die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?* Ja, diese Studie ist für die Verbesserung von klinischer Arbeit gemacht worden. Klinisches Personal kann daraus Informationen entnehmen und seine Unterstützung für trauernde Eltern in schwierigen Fällen erhöhen. (1)
12. *Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?* Ja für Psychiatrie, eher nein für Pflegepersonal auf Akutstationen, da sie keine Psychologen sind. (0,5)

(8.5 von 12 Punkten erreicht, Benotung 4)

**Laakso, H. & Paunonen-Ilmonen M. (2002). Mothers' experience of social support following the death of a child. J Clin Nurs, 2002 (2), 176-85.**

Forschungsziel: Das Ziel ist, Therapien zur Hilfe und Unterstützung der Mütter zu finden und somit deren Leben nach dem Verlust zu erleichtern.

#### Glaubwürdigkeit

1. *Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?* Es wurde keine konkrete Frage aufgestellt. Das Ziel der Untersuchung wurde klar formuliert. Die Trauer und Bewältigung der Mütter, die ihr Kind verloren haben, sollte analysiert und Instrumente zur Erleichterung der Situation gefunden werden. (1)
2. *Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?* Es wurde eine Phänomenologie durchgeführt, weil die Studie auf Interviews basiert. Die Begründung dafür ist, dass man direkten Einblick in die Gedanken der Menschen erhält und dies für diese Umfrage von Bedeutung ist, da es sich um die Trauer und Bewältigung der Mütter handelt. (1)
3. *Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?* Ja; dies wird durch die regelmässigen Begründungen mittels vieler Studien sichtbar. Die Datensammlung erfolgte vor der Untersuchung. (1)
4. *Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?* Ja; die Kinder, welche verstarben, waren alle unter sieben Jahren und der Verlust musste mindestens ein Jahr her sein, weil es sonst nicht ethisch vertretbar gewesen wäre. (1)
5. *Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?* Die Teilnehmer und ihr Umfeld wurden nicht genau beschrieben. Die Forscher wurden professionell selektioniert. (0.5)
6. *Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?* Der Vorgang wurde genau beschrieben, indem aufgelistet wurde, welche Fragebögen benutzt und welche Klassifizierungen dabei abgeleitet wurden. (1)
7. *Wie erfolgte die Analyse der Daten?* Es wurden vier Themen anhand der Analyse ausgegliedert und formuliert. (1)
8. *Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?* Nein; dies ist nicht ersichtlich. (0)

#### Aussagekraft

9. *Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?* Teilweise; die Ergebnisse wurden in verschiedenen Unterstützungsformen, soziale Unterstützung, U. von den engsten Bezugspersonen, von Selbsthilfegruppen und U. von professionellen Praktikern sehr ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. Es wurden keine Zitate aufgelistet. (0.5)
10. *Wurden die Ergebnisse bestätigt?* Können nicht direkt bestätigt werden, ausser dass sie teilweise in mehreren Studien gefunden wurden. Es gab keine Validierung der Teilnehmer. (0.5)

#### Anwendbarkeit

11. *Helfen mir die Ergebnisse der Studie die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?* Ja, es ist eine sehr lehrreiche Studie. Die Aufgaben der PP werden genau dargestellt und welcher Nutzen daraus gezogen werden kann. Es werden auch oft die gleichen Erfahrungen gemacht und Selbsthilfegruppen sind beliebt. (1)
  12. *Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?* Ja, es werden konkrete Interventionen aufgezeigt. Es gibt nur eine Schwierigkeit, und zwar, zu wissen welches Individuum vor dir steht, weil jeder individuell auf einen solchen Verlust reagiert. (1)
- (9.5 von 12 Punkten erreicht, Benotung 4)

**Woodgate, R. L. (2006). Living in a World Without Closure: Reality for Parents Who Have Experienced the Death of a Child. *Journal of Palliative Care*, 2006 (2), 75-82.**

Forschungsziel: Das Ziel der Studie ist, neue Einsichten zu gewinnen, wie Eltern den voraussehbaren Tod des Kindes erleben und die Phase danach bewältigen. Das Hauptgewicht der Studie liegt auf der Erfahrung der Eltern, die die Trauer nicht beenden wollen.

Glaubwürdigkeit

1. *Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?* Es wurde keine direkte Frage formuliert, aber das Ziel der Studie ist gut ersichtlich. Das Forschungsthema wird in seinem Umfeld diskutiert, dies wird durch die authentischen Berichte ersichtlich. (1)
2. *Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?* Die Studie ist eine Phänomenologie, die Erfahrung ein Kind durch Krankheit zu verlieren. (1)
3. *Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?* Nein; die Forscherin hat keine Studien zitiert, es ist keine Literaturrecherche sichtbar. (0)
4. *Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?* Ja; die Zielgruppe wurde passend ausgewählt, weil nur Betroffene interviewt wurden. (1)
5. *Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?* Ja; es wurden sehr genaue Angaben gemacht: Wohnort, Alter, Geschlecht, Partnerschaft, Todeszeitpunkt. (1)
6. *Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?* Ja; es wurden 28 Interviews an 90 Minuten mit den Betroffenen durchgeführt, weil Interviews ein offenes Ende geben und über die Erfahrung erzählt werden kann. (1)
7. *Wie erfolgte die Analyse der Daten?* Es wurden Themen aus der Analyse heraus gegliedert: Erinnerungen wach behalten, gute Eltern sein, während des Todes dort sein und sozialer Bezug nach dem Tod. (1)
8. *Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?* Nein; die Sättigung ist nicht ersichtlich. (0)

Aussagekraft

9. *Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?* Ja; es werden mehrere Zitate aufgelistet und der Prozess der Datensammlung ist dadurch ersichtlich. Die Zitate sind sehr aussagekräftig. (1)
10. *Wurden die Ergebnisse bestätigt?* Nein; es wurde keine Validierung durch die Teilnehmer vollzogen. Ein Konsens konnte nicht stattfinden, da keine weiteren Autoren beteiligt waren. (0)

Anwendbarkeit

11. *Helfen mir die Ergebnisse der Studie die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?* Ja; es vertieft das Verständnis für die Extremsituation, die Eltern bei Tod ihres Kindes durchleben. (1)
12. *Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?* Ja; die Studie ist für palliative Betreuung gedacht. Sie zielt konkret auf das Verhalten des Pflegepersonals während der letzten Phase. Die Erkenntnisse, dass die Erinnerungen an diese Phase entscheidend sind, für die Verarbeitung des Ereignisses, zeigt die Bedeutung der Begleitung, die das Pflegepersonal leistet. Die Studie zielt auf palliative Begleitung, vermittelt aber auch im Falle des plötzlichen Todes eines Kindes wichtige Hinweise zur Unterstützung. (0.5)

(8.5 von 12 Punkten wurden erreicht. Benotung 4)

## Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: .....

Forschungsfrage: .....

### Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<i>Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?</i>
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<i>Wurden die Ausfälle/Verl. begründet, z.B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up &gt; 80%?</i>
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	<i>Wenn nein: war eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i>
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf? Keine signifikanten Unterschiede?</i>
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	<i>Umweltbedingungen, Ges. andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i>
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	<i>Wurden alle Teilnehmer die Gruppe?</i>
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	<i>Power?</i>
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	

### Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<i>z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?</i>
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<i>p-Wert?</i>
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<i>Konfidenzintervall?</i>

### Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i>
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<i>Nebenwirkungen? Compliance?</i>
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<i>Kosten-Nutzen?</i>

**Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung):** 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

<http://www.medschisum-fak/cap/physiowissenschaft/index.php/10-310>

V 1.3

aus: Moher, J., & Langlois, G. (2004). *Evidenz-basiert Medizin*. Hans Huber: Bern.

Riley, L. P., Lamontagne, L. L., Hepworth, J. T. & Murphy, B. A. (2007). Parental grief responses and personal growth following the death of a child. *Death Studies*, 2007 (31), 277-299.

Hypothese: Je mehr der drei Dispositionen, Optimismus, Lage meistern und empfundene soziale Beziehung, gelebt werden, desto weniger intensiv ist die Trauer, desto weniger komplizierte Reaktionen und desto mehr persönliche Reife der Hinterbliebenen ist zu erwarten.

#### Glaubwürdigkeit

1. *Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?* Rekrutierung in zwei Städten. Es gibt eine Untersuchungsgruppe. (0.5)
2. *Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?* In der Gruppe von 35 trauernden Müttern waren bis ans Ende alle dabei. (1)
3. *Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?* Nein; es wurden Fragebögen ausgefüllt. (0)
4. *Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?* Ja; es gab keine signifikanten Unterschiede, es wurden nur Mütter die ihr Kind verloren haben einbezogen. (1)
5. *Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?* Es gab nicht zwei Gruppen. (0)
6. *Wurden die Teilnehmer in der per Randomisierung<sup>10</sup> zugeteilten Gruppe bewertet?* Kann nicht beantwortet werden, weil es keine Randomisierung gab. (0)
7. *War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?* Nein; die Stichprobe bestand nur aus 35 Teilnehmerinnen. (0)
8. *Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?* Ja; es können viele Übereinstimmungen festgestellt werden. (1)

#### Aussagekraft

9. *Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?* Der Behandlungseffekt wird gross sein, da der Zusammenhang zwischen Disposition, persönliche Reife und Intervention sehr klar zum Ausdruck kommt. (1)
10. *Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?* Nein; die Analysen erfolgten sorgfältig. (1)
11. *Wie präzise sind die Ergebnisse?* Die Ergebnisse sind wie erwartet. Die Hypothese wurde bestätigt. (1)

#### Anwendbarkeit

12. *Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?* Ja; Disposition und Intervention beeinflussen sich gegenseitig und wirkt sich somit auf die Arbeit des Pflegepersonals aus. (1)
13. *Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?* Für mich ja, da eine wichtige Hypothese (Zusammenhang Disposition und Folge bei Trauernden nach grossem Verlust) bestätigt wurde. (1)
14. *Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?* Ja; weil mit diesem Wissen präventiv gearbeitet werden kann und der Verlauf des Trauerprozesses professionell begleitet und unterstützt werden kann. (1)

(9.5 von 14 Punkten erreicht, Benotung 4)

---

<sup>10</sup> Siehe Glossar Kapitel 8

**Znoj, H. J. & Keller, D. (2002). Mourning Parents: Considering Safeguards and their Relation to Health. *Death Studies*, 2002 (26), 545-565.**

Forschungsfrage: Wie viel Regulation der Gefühle braucht es nach Verlust eines Kindes?

Glaubwürdigkeit

1. *Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?* Es gab eine Rekrutierung. Eine Hauptgruppe aus zwei Untergruppen und eine Kontrollgruppe. (1)
2. *Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?* Der Rücklauf des Fragebogens der ersten Gruppe beträgt 44% und der zweiten 22%. 124 Teilnehmer von 313 Angefragten der Kontrollgruppe antworteten. (0.5)
3. *Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?* Nein; sie wurden angefragt. (0)
4. *Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?* Bezüglich des Alters und andere demographischen Variablen gab es keine statistischen Unterschiede zwischen den Teilnehmern. Alle stammen aus der Mittelschicht, vorwiegend waren Frauen beteiligt und  $\frac{3}{4}$  hatten Erfahrung mit Verlust. (1)
5. *Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?* Alle Teilnehmer haben denselben Fragebogen aufgefüllt, aber die Ausgangslage der Probanden war unterschiedlich. (0.5)
6. *Wurden die Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?* Kein Teilnehmer wechselte die Gruppe, sie wurden in die Auswertung miteinbezogen. (1)
7. *War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?* Ja; es wurden insgesamt 909 Personen angefragt, davon betrug die Rücklaufquote etwa 40%. (0.5)
8. *Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?* Ja; die Ergebnisse wurden mit mehreren Autoren verglichen und stimmen überein. (1)

Aussagekraft

9. *Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?* Es findet keine Behandlung statt. Es geht um ein psychologisches Problem. (0)
10. *Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?* Die Fragen sind sorgfältig gestellt und die Ergebnisse folgedessen nicht zufällig. Sie bestätigen andere Studien, z. B. Mütter reagieren heftiger auf den Verlust ihres Kindes als Väter. (1)
11. *Wie präzise sind die Ergebnisse?* Die Ergebnisse sind präzise. Die Auswertungen fielen differenziert aus. (1)

Anwendbarkeit

12. *Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?* Ja; Patienten, die einen Verlust erlitten, haben sich mit diesem Thema auseinander zu setzen. Die Resultate dieser Arbeit zeigen den wichtigen Aspekt, Regulierung der Gefühle nach grossem Verlust. (1)
13. *Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?* Für mich sind die Ergebnisse relevant, weil die Regulierung der Gefühle als schwierige Aufgabe erkannt wurde. Es ist nicht feststellbar, ob damit alle wichtigen Ergebnisse betrachtet wurden. (0.5)
14. *Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?* Kann man psychische Probleme frühzeitig erkennen, können hohe Kosten vermieden werden. (1)

(10 von 14 Punkten erreicht, Benotung 4)

## Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse

Quelle: .....

Forschungsfrage: .....

### Glaubwürdigkeit

- |   |   |
|---|---|
| 1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?   | <i>Klar formuliert? Genau eingegrenzt? Bereits im Titel genannt?</i>                              |
| 2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?                    | <i>Welche Kriterien? Welche Studientypen?</i>   |
| 3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?                        | <i>Welche Datenbank(en) wurden genutzt? Handsuche? Befragung von Experten? Welcher Zeiträume?</i> |
| 4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt? | <i>Welche Kriterien? Randomisierung, Verblindung, Follow-up?</i>                                  |
| 5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?                             | <i>Quellen angegeben?</i>   |
| 6. Stimmt die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?                               | <i>Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung?</i>  |
| 7. Waren die Studien ähnlich?   | <i>Faktoren, Interventionen, Ergebnisse? Studiendesign? Heterogenität?</i>                        |

### Aussagekraft

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 8. Was sind die Ergebnisse?         | <i>Obstake? Relative Risiko? Attributable Difference?</i> |
| 9. Wie präzise sind die Ergebnisse? | <i>Konfidenzintervall? Studien geschätzt?</i>             |

### Anwendbarkeit

- |   |  |
|---|--|
| 10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?  | <i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i>    |
| 11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? | <i>Nebenwirkungen? Compliance?</i>               |
| 12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? | <i>Kostenvergleich? Nutzen-Nutzen-Trade-Off?</i> |

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

<http://www.medschulz.uni-halle.de/jflegewissenschaft/index.php?id=350>

V 1.3

aus: Schreier, J., & Lange, G. (2004): *Evidenz-based Nursing*. Hans Huber: Bern.



**Davies, R. (2003). New understandings of parental grief: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (5), 506-513.**

Forschungsziel: Das Ziel ist, das neue Verständnis der elterlichen Trauer, Veränderungen der theoretischen Sichtweisen auf die Trauerarbeit im anglo-amerikanischen Kulturraum aufzuzeigen.

#### Glaubwürdigkeit

1. *Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?* Es wurde keine direkte Frage formuliert. Das Hauptthema ist der Paradigmawechsel, auf welchen im Titel Bezug genommen wird. Das Thema wird genug eingegrenzt, die Entwicklung wird von Freud bis heute aufgezeigt. (1)
2. *Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?* Ja; die Einschlusskriterien waren trauernde Eltern, Theorien über Trauer und Trauermodelle. Es wurde eine Literaturreview durchgeführt mit sehr gezielter Auswahl von relevanten, den Zeitgeist aufzeigenden Werken. (1)
3. *Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?* Nein; von 266 gefundenen Studien wurden 32 einbezogen. Es wurden folgende Datenbanken dazu benutzt: Medline, Cinahl und ClinicPSYC. Der Zeitraum wurde nicht angegeben. (0.5)
4. *Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?* Die Kriterien waren trauernde Eltern, Theorien über Trauer und Trauermodelle. Es mussten aus allen Epochen Beispiele dabei sein, da der Zeitgeist die Methode sehr beeinflusst. (1)
5. *Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?* Ja; die Quellen wurden alle angegeben. (1)
6. *Stimmen die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?* Ja; bis zum Paradigmawechsel gab es Übereinstimmungen. (1)
7. *Waren die Studien ähnlich?* Der Inhalt der ausgewählten Studien über den Trauerprozess war überall ähnlich. Interventionen dazu wurden nicht aufgezeigt. (0.5)

#### Aussagekraft

8. *Was sind die Ergebnisse?* Es wird nicht mehr von trauernden Eltern erwartet, dass sie über den Tod des Kindes hinwegkommen. Die Banden dürfen bestehen bleiben. Der Mensch ist ein soziales Wesen, wir stehen miteinander in Beziehung. Der zentrale Punkt des Trauerkonzepts lautet: Wir bleiben in irgendeiner Form in Kontakt mit dem Toten. (1)
9. *Wie präzise sind die Ergebnisse?* Die Entwicklungsschritte sind sehr übersichtlich und gut nachvollziehbar, aber nicht gewichtet. (0.5)

#### Anwendbarkeit

10. *Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?* Ja; der Paradigmawechsel hat eine neue Methode der Betreuung zur Folge, die auf alle Patienten übertragbar ist. (1)
11. *Wurden für mich alle wichtigen Ergebnisse betrachtet?* Ja; weil Paradigmawechsel sehr gut erklärt wird. Die Heilungsmethode hängt vom Zeitgeist und vom sozialen Kontext ab, deshalb müssen moderne Methoden beim Pflegepersonal bekannt sein. Die Pflege muss individuell und ganzheitlich sein. (1)
12. *Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?* Teilweise; es wird verlangt, dass das Pflegepersonal genug Zeit zum Zuhören für Trauernde aufwenden sollte. Die hohen Kosten sind den Nutzen Wert. (0.5)

(10 von 12 Punkten erreicht, Benotung 5)

## Beurteilung von Standards und Leitlinien

Quelle: .....

Forschungsfrage: .....

### Glaubwürdigkeit

1. Ist das Thema der Leitlinie klar formuliert? *genug eingegrenzt?*

2. Wie wurde die Leitlinie erstellt? *strukturiert*

3. Wurden alle wichtigen Möglichkeiten und Ergebnisse klar beschrieben und nachvollziehbar beurteilt? *Alle relevanten Aspekte? nur Vorteile?*

4. Bezieht die Leitlinie wichtige aktuelle Entwicklungen mit ein?

5. Wurde die Leitlinie von Experten begutachtet und getestet?

6. Wurden konkrete, für die Praxis wichtige Empfehlungen ausgesprochen?

### Aussagekraft

7. Wie gut war die Recherche? *welche Datenbank? Experten? Quellen analysiert? Handarbeit*

8. Wie gut waren die einzelnen Studien? *Stärke der Evidenz? Stichprobengröße? Bias?*

7. Stimmen die Ergebnisse verschiedener Studien überein?

### Anwendbarkeit

9. Ist das Hauptziel der Leitlinie mit meinem Ziel identisch?

10. Sind die Empfehlungen bei meinen Patienten anwendbar? *ähnliche Patienten? ähnliche Umgebung?*

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/lehre/>

V 1.0

aus: Schrems, J., & Langer, G. (2004). *Evidence-Based Nursing*. Hans Huber: Bern.

**Greenstreet, W. (2004). Why nurses need to understand the principles of bereavement theory. *British Journal of Nursing*, 2004 (10), 590-593.**

Forschungsfrage: Warum müssen Pflegefachpersonen Verlusttheorien verstehen?

Glaubwürdigkeit

1. *Ist das Thema der Leitlinie klar formuliert?* Ja; die Pflegefachpersonen müssen Verlusttheorien kennen und verstehen, um die Betreuung der Trauernden zu optimieren, da sie oft die ersten Bezugspersonen nach dem unmittelbaren Tod sind. (1)
2. *Wie wurde die Leitlinie erstellt?* Es wurde eine theoretische Perspektive dargelegt, traditionelle Modelle aufgezeigt, das duale Modell wird erklärt und ein neues Modell aufgezeigt. Ebenso wird Persönlichkeit und Geschlecht in Beziehung zu Trauer gebracht. Daraus leiten sich neue Pflegemodelle und neue Unterstützung bei Verlust ab. (1)
3. *Wurden alle wichtigen Möglichkeiten und Ergebnisse klar beschrieben und nachvollziehbar beurteilt?* Ja; da zur Theorie Beispiele aufgezeigt werden und viele Autoren zitiert werden. (1)
4. *Bezieht die Leitlinie wichtige aktuelle Entwicklungen mit ein?* Ja; das Ziel ist, neue Modelle aufzuzeigen und somit die Entwicklung darzulegen. (1)
5. *Wurde die Leitlinie von Experten begutachtet und getestet?* Die angesprochenen Beispiele wurden von verschiedenen Theorien und Autoren bestätigt. (1)
6. *Wurden konkrete, für die Praxis wichtige Empfehlungen ausgesprochen?* Ja; es wurde dargelegt, wie das Pflegepersonal die Trauernden individuell und ganzheitlich unterstützen soll. (1)

Aussagekraft

7. *Wie gut war die Recherche?* Es wurden Studien analysiert und damit Handlungen des Pflegepersonals bestätigt. Es wurden viele Autoren zitiert und daraus ist zu schliessen, dass Datenbanken, Experten und Quellen analysiert wurden. (1)
8. *Wie gut waren die einzelnen Studien?* Die Stärke der Evidenz wird durch die Bestätigung der Theorien ersichtlich. (1)
9. *Stimmen die Ergebnisse verschiedener Studien überein?* Nein; ist nicht klar ersichtlich, da mehrere Aussagen von verschiedenen Autoren aufgezeigt wurden. (0)

Anwendbarkeit

10. *Ist das Hauptziel der Leitlinie mit meinem Ziel identisch?* Ja; die Studie sagt aus, dass die Verlusttheorien beim Pflegepersonal bekannt sein müssen, um die Betreuung der Trauernden zu optimieren. Dies stimmt mit meinem Ziel überein. (1)
11. *Sind die Empfehlungen bei meinen Patienten anwendbar?* Ja; weil die Trauernden normalerweise die Trauerstadien durchleben und die Pflegenden über das Wissen verfügen müssen, wie die Hinterbliebenen professionell betreut werden, um den Trauerprozess positiv zu begünstigen. (1)

(10 von 11 Punkten erreicht, Benotung 5)

**Kendrick, K. D. (1998). Bereavement Part 1: theories of bereavement. *Professional Nurse*, 1998 (14), 57-62.**

Forschungsziel: Das Ziel ist, die unterstützende Rolle des Pflegepersonals zu betonen, wenn sie mit trauernden Personen zu tun haben, die einen Verlust zu akzeptieren haben.

#### Glaubwürdigkeit

1. *Ist das Thema der Leitlinie klar formuliert?* Ja; es geht darum, den Verlust zu verstehen und daraus mögliche Hilfestellungen zu erarbeiten. (1)
2. *Wie wurde die Leitlinie erstellt?* Es wurden mehrere Studien gelesen und Fallbeispiele bearbeitet. (1)
3. *Wurden alle wichtigen Möglichkeiten und Ergebnisse klar beschrieben und nachvollziehbar beurteilt?* Teilweise; die einbezogenen Studien wurden klar beschrieben, die Beispiele sind nachvollziehbar, aber Alternativen drängten sich keine auf. (0.5)
4. *Bezieht die Leitlinie wichtige aktuelle Entwicklungen mit ein?* Es wird die Trauer als Phänomen behandelt. Es ist keine Entwicklungsstudie. (0)
5. *Wurde die Leitlinie von Experten begutachtet und getestet?* Ja; die Fallbeispiele unterstützen die Theorie sehr gut. Das Pflegepersonal beschreiben die Fallbeispiele. (1)
6. *Wurden konkrete, für die Praxis wichtige Empfehlungen ausgesprochen?* Ja; es wurden sehr viele Empfehlungen abgegeben. (1)

#### Aussagekraft

7. *Wie gut war die Recherche?* Es wurden Studien analysiert und Fallbeispiele besprochen und daraus Schlüsse gezogen. Es wurden viele Autoren zitiert. Daraus ist zu schliessen, dass Datenbanken, Experten und Quellen analysiert wurden. (1)
8. *Wie gut waren die einzelnen Studien?* Die vier Trauerstadien werden bestätigt, somit erweisen sich die gewählten Studien als Evidenz basiert. (1)
9. *Stimmen die Ergebnisse verschiedener Studien überein?* Ja; da Aussagen von mehreren Autoren bestätigt werden konnten. (1)

#### Anwendbarkeit

10. *Ist das Hauptziel der Leitlinie mit meinem Ziel identisch?* Ja; da sich mein Verständnis gegenüber den Trauernden vermehrt und Interventionen aufgezeigt werden, was mein Ziel ist. (1)
11. *Sind die Empfehlungen bei meinen Patienten anwendbar?* Teilweise; weil Interventionen nicht besonders auf trauernde Eltern, die ein Kind verloren haben, ausgerichtet sind. (0.5)

(9 von 11 Punkten erreicht, Benotung 4)

**Kent, H. & McDowell, J. (2004). Sudden bearevment in acute care settings. *Nurs Stand*, 2004 (6), 38-42.**

Forschungsziel: Das Ziel der Untersuchung ist, die beste Begleitung und Unterstützung für Menschen aufzuzeigen, die plötzlich eine nahestehende Person verlieren, die im Spital gestorben ist. Wissenschaftlich fundierte Pflege wird präsentiert.

#### Glaubwürdigkeit

1. *Ist das Thema der Leitlinie klar formuliert?* Ja; es geht um die Unterstützung von Trauernden, die einen geliebten Menschen plötzlich verloren haben. (1)
2. *Wie wurde die Leitlinie erstellt?* Es wurden Trauertheorien aufgeführt und wissenschaftlich fundierte Pflege daraus abgeleitet. Die Pflege wird in Themen logisch und chronologisch aufgeteilt. (1)
3. *Wurden alle wichtigen Möglichkeiten und Ergebnisse klar beschrieben und nachvollziehbar beurteilt?* Theorien wurden von Studien bestätigt, Ablauf des Pflegeprozesses ist einsichtig, Alternativen werden nicht aufgezeigt, das Setting ist eindeutig. (0.5)
4. *Bezieht die Leitlinie wichtige aktuelle Entwicklungen mit ein?* Die vielen Zitate aus neueren Studien weisen auf Aktualität hin. (0.5)
5. *Wurde die Leitlinie von Experten begutachtet und getestet?* Die angesprochenen Beispiele werden von verschiedenen Theorien sowie Autoren unterstützt. (1)
6. *Wurden konkrete, für die Praxis wichtige Empfehlungen ausgesprochen?* Ja; es wurden genaue Hinweise zum Verhalten des Pflegepersonals gegeben, was der Trauerprozess beinhaltet. (1)

#### Aussagekraft

7. *Wie gut war die Recherche?* Es wurden Studien analysiert und damit Handlungen des Pflegepersonals bestätigt. Es wurden viele Autoren zitiert und daraus ist zu schliessen, dass Datenbanken, Experten und Quellen analysiert wurden. (1)
8. *Wie gut waren die einzelnen Studien?* Die Stärke der Evidenz wird durch die Bestätigung der Theorien ersichtlich. (1)
9. *Stimmen die Ergebnisse verschiedener Studien überein?* Nein; ist nicht klar ersichtlich, weil mehrere Aussagen von verschiedenen Autoren gemacht wurden. (0)

#### Anwendbarkeit

10. *Ist das Hauptziel der Leitlinie mit meinem Ziel identisch?* Teilweise; da Verlust nicht nur auf eigene Kinder bezogen ist. Identisch ist die Behandlung der Hinterbliebenen nach dem Verlust. (0.5)
11. *Sind die Empfehlungen bei meinen Patienten anwendbar?* Ja; weil es sich um die Behandlung der Hinterbliebenen im Spital handelt und alle Trauernde normalerweise die Schritte der Trauerstadien durchleben. (1)

(8.5 von 11 Punkten, Benotung 4)

## G) Zusammenfassungen der ausgewählten Literatur

<b>Anderson, M. J., Marwit, S. J., Vandenberg, B. &amp; Chibnall, J. T. (2005). Psychological and Religious Coping Strategies of Mothers bereaved by the Sudden Death of a Child. <i>Death Studies</i>, (29), 811-826.</b>
<b>Ziel:</b> Das Ziel dieser Studie ist, das Zusammenwirken zwischen psychologischen und religiösen Strategien durch Mütter nach plötzlichem Tod eines Kindes; einen Beitrag zu leisten da dieses Thema in der Literatur noch wenig behandelt wurde.
<b>Design:</b> Qualitative Studie, Phänomenologie
<b>Setting<sup>11</sup>:</b> Saint Louis University School of Medicine, St. Louise, Missouri, USA
<b>Stichprobe<sup>12</sup>:</b> Es wurden 57 Mütter, rekrutiert in Selbsthilfegruppen, per Mail Fragebögen zugestellt. Sie haben ihr Kind durch Mord oder Unfall (18x Motorradunfall) verloren. Durchschnittsalter der Mütter war 50,6, dasjenige der Kinder 20,5. Die Mütter sind fast alle kaukasischer Herkunft, 39 verheiratet, 17 geschieden oder verwitwet. 73% sind Christinnen, 8,8% Jüdinnen. 47% verloren einen Sohn. Das Ereignis liegt im Durchschnitt 4,5 Jahre zurück.
<b>Methode:</b> Zuerst wurden allgemeine Fragen zur Intensität der Trauer gestellt. Es wurde eine 6-Punkte-Skala gebraucht, Massstab von grosser (1) bis kleiner (6) Akzeptanz um den Verlust zu beschreiben. Psychologische Elemente wurden mit der CISS Methode (Parker, 1990) einer 5 Punkte-Skala von „gar nicht“ bis „sehr stark“, gemessen. Es gab 48 Themen zum Umgang mit Stresssituationen. Der Fragebogen ist ein Drei-Schemen-Vorgang: Aufgabenorientierte Trauer, gefühlsorientierte Trauer und Vermeidungsstrategien. Der religiöse Fragebogen ist nach RCAS Methode (Pragament et al System, 1994) aufgebaut. Dieser besteht aus sechs Einheiten, vier positiven und zwei negativen Verhaltensweisen. Die Zusammenarbeit mit Gott ist positiv, Hadern mit ihm negativ.
<b>Ergebnisse:</b> Ist das aufgabenorientierte Verhalten hoch und steht es in Beziehung zu positivem religiösem Verhalten, ist die Verbesserung der Situation signifikant. Für sich genommen zeigen psychische und religiöse Verhaltensweisen keine signifikante Verbesserung der Trauerarbeit, wenn sie aber zusammenwirken schon.
<b>Diskussion:</b> Mütter die gefühlsorientiertes Verhalten zeigen, haben in Sachen Trauer eine hohe Rechnung zu begleichen. Selbstkritik, Ängstlichkeit, Ärger sind Faktoren, die das Bewältigen der Trauer erschweren. Negative Gefühle zu bekämpfen ist schwierig. Grübeln und negative Gefühle sind bei gefühlsorientierten Menschen eher die Regel. Vermeidungsstrategien sind deutlich mit tiefem Trauerniveau verknüpft.  Generell ist zu sagen, dass ein plötzlicher Tod schwieriger zu verarbeiten ist als ein vorhersehbarer. Wenn das Verhalten aufgabenorientiert ist, tritt die religiöse Komponente in den Hintergrund. Frühere Untersuchungen haben immer die psychologischen Momente betont. Deshalb wird in der vorliegenden Studie die religiöse Komponente eingebracht. Die Studie hat auch Grenzen; allgemeine Aussagen sind nicht möglich, weil Mütter nur aus Kaukasien stammen. Die Zeitspanne zwischen Tod und Befragung war lange und handelte sich um eine schwierige Art von Tod.

<sup>11</sup> Siehe Glossar Kapitel 8

<sup>12</sup> Siehe Glossar Kapitel 8

<b>Arnold, J., Buschmann Gemma, P. &amp; Cushman L. F. (2005). Exploring Parental Grief: Combining Quantitative and Qualitative Measures. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i>, 19 (6). 245-255.</b>
<b>Ziel:</b> Das Ziel ist, das bereits vorhandene Verständnis für die komplexen Reaktionen auf die Trauer beim Tod eines Kindes zu erweitern und den Begriff Trauer zu vertiefen. Ebenso soll gezeigt werden, dass Trauer lebenslang bestehen bleibt.
<b>Design:</b> Quantitative, qualitative Studie
<b>Setting:</b> The College of New Rochelle School of Nursing, New Rochelle, NY 10805, Columbia University School of Nursing; and Columbia University Mailman School of Public Health
<b>Stichprobe:</b> 74 Eltern wurden per Post befragt. Bedingung war, ein leibliches oder ein Adoptivkind verloren zu haben. 29 wurden aufgrund einer Totgeburt ausgeschlossen. 40% der Teilnehmer hatten ihr Kind unerwartet verloren, 6% haben 2 Kinder verloren, 40% der Kinder waren 1 Jahr alt oder jünger.
<b>Methode:</b> Es wurde eine Umfrage mit dem Hauptthema andauernde Wirkung der Trauer durchgeführt. Die Analyse erfolgt durch die SPSS data file: Zuerst wurden 17 demographische Fragen gestellt, danach 52 quantitative Themen mittels Kreuzchensystem (retrospektiv) ermittelt und 11 qualitative, um Trauer zu „messen“. Die Todesursachen wurden in vier Gruppen unterteilt. Aus der ersten Frage ergeben sich zwei Teilnehmergruppen (Trauer beendet/Trauer fortgeführt). Es waren zwei Gruppen, aber es wurden immer die gleichen Fragen beiden Gruppen gestellt. Zusätzlich entwickelten die Autorinnen eine neue qualitative Methode. Sie zeigten Bilder (eruptierender Vulkan, eine Quelle in die jemand einsteigt, ein Baum, der einen Ast verloren hat, ein hohler leerer Raum: dazu wurde die enge Frage „hat sich dieses Bild bei ihnen seit dem Tod eingestellt?“ gestellt). Ebenso wurden eigene offene Fragen gestellt, um den Betroffenen Gelegenheit zu geben, persönlich zu den Bildern Stellung zu nehmen. Bei Antworten können eigene Worte verwendet werden und Themen weitergeführt werden. Inhalt und Vollständigkeit wurden von einer Trauerexpertengruppe kontrolliert.
<p><b>Ergebnisse:</b> In den ersten Wochen nach dem Tod hatten 95% sehr intensive Gefühle, welche mit der Zeit an Intensität abgenommen haben, etwa die Hälfte sagt, dass die Intensität immer wechsle. Die innere Stärke, Freunde und Verwandte halfen der Mehrheit das erste Jahr nach dem Tod zu überstehen. Die Religion half zu etwa 50%, Therapien und Unterstützungsgruppen nur zu 5%.</p> <p><i>Erkenntnisse betreffend des Fortführens der Trauer:</i> Die erste Frage lautete: „Hört die Trauer nie auf?“. 63.5% bejahen diese Frage. Die drei Bilder Vulkan, Quelle und Baum hatten nur geringe Bedeutung, aber ¼ der fortführenden Gruppe fand den leeren Raum einschneidend, und sogar 75% der „Endgruppe“ empfand so. Die Quelle war bei der „Endgruppe“ von etwas grösserer Bedeutung als für die Gruppe der Fortführenden. Entscheidend für beide Gruppen ist die Bedeutung des leeren Raumes, ungeachtet, ob die Trauer weitergeht oder endet, ungeachtet des Alters des Kindes beim Tod und ungeachtet der Todesart. Zusammenfassend kann man sagen, wer seine Trauer fortführt, hat eine bessere Beziehung zu den anderen Kindern, wird spiritueller, sagt, er sei mutiger, stärker und sensibler geworden. Diejenigen, die die Trauer abgeschlossen haben, reden weiterhin von Leere und sagen, dass Verlustgefühle immer noch da seien.</p> <p>Vor der Umfrage wurden grosse Unterschiede zwischen den zwei Gruppen erwartet. Doch die Unterschiede waren eher klein. Bei den Fortführenden erwarteten die Autorinnen mehr Verletzlichkeit und Depression, was aber nur auf 20-25% zutraf. Es ist wahrscheinlich, dass diese Gruppe spiritueller wurde. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen auf die Frage, ob Todesumstände Einfluss auf die jetzige Zufriedenheit haben. Bei der Lebenszufriedenheit ist kein Unterschied in diesen beiden Gruppen festzustellen. Ein bedeutender statisti-</p>

schers Unterschied ist der Umgang mit noch lebenden Kindern. Für die fortführende Gruppe gab es in diesem Bereich eine Verbesserung.

**Diskussion:** Die Studie unterstützt die Tatsache, dass Trauer komplex, nicht linear und weiterführend ist. Wer seine Trauer fortführt, kann eine Reihe neuer, auch positiver Gefühle formen, hat Lebenszufriedenheit und hat Zugang zu den eigenen anderen Kindern verbessert. Die Grenzen der Studie sind die Länge, die Art der Fragen, die Autoren sind Pflegefachfrauen. Die Teilnehmer erhielten keine sprachlichen Vorgaben.



<b>Davies, R. (2003). New understandings of parental grief: literature review. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 46 (5), 506-513.</b>
Pflegepersonal stützt sich auf Trauermodelle, um seiner Rolle gegenüber trauernden Eltern gerecht zu werden. Verschiedene Modelle, die auf grundsätzliche verschiedenen Forschungsparadigmen aufbauen, widerspiegeln nicht unbedingt die Erfahrungen mit trauernden Eltern oder deren besonderen Bedürfnisse.
<b>Ziel:</b> Beschreibung der theoretischen Sichtweisen auf die Trauerarbeit im anglo-amerikanischen Kulturraum.
<b>Design:</b> Literaturreview
<b>Setting:</b> School of Health Science, University of Wales Swansea, Swansea, UK
<b>Methode:</b> Es wurde auf Medline, Cinahl und ClinicPSYC mit drei Schlüsselwörtern recherchiert, nämlich, trauernde Eltern, Trauermodelle und Theorien über Trauer. Von 266 Publikationen waren 32 für diese Studie relevant. Chronologischer Aufbau, um den Zeitgeist aufzuzeigen, welcher einen grossen Einfluss auf die Methoden hat.
<p><b>Ergebnisse:</b> Zeitgemässe Literatur hat den Focus auf Inhalte, Interventionen des Pflegepersonals, medizinische und soziale Wissenschaften; alte Literatur konzentriert sich darauf, wie theoretische Perspektiven der Trauerarbeit sich im Laufe der Zeit entwickelt haben. Traditionelle Sicht der Trauer beruht auf der Psychoanalyse von Freud. Trauer hatte die Aufgabe zu erfüllen die Erinnerungen und Hoffnungen der Überlebenden vom Tod zu trennen. Trauernde sollen sich vom Toten lösen. Trauerarbeit war erfolgreich, wenn der Geschädigte seine Bindung zum Toten aufgeben konnte und zufrieden in einem neugefundenen Leben stand. Traditionelle Modelle legten das Hauptgewicht auf das Loslassen der emotionalen Bindung.</p> <p><i>Paradigmawechsel:</i> Es wird nicht mehr von trauernden Eltern erwarten, dass sie über den Tod des Kindes hinwegkommen. Die Banden dürfen bestehen bleiben. Der Mensch ist ein soziales Wesen, wir stehen miteinander in Beziehung. Der zentrale Punkt des Trauerkonzepts lautet: Wir bleiben in irgendeiner Form in Kontakt mit dem Toten.</p>
<b>Diskussion:</b> Pflegepersonal kann Biographie schreiben lassen, reden, zuhören, Erinnerungen auffrischen, in die Zukunft planen (wie wäre es) sich Sachen der Kinder zeigen lassen, eine Stiftung gründen lassen. Berater können viel tun, wenn sich Eltern isoliert fühlen und grosse Schwierigkeiten haben mit anderen über ihr totes Kind zu sprechen, vor allem Selbsthilfegruppen organisieren. Diese Studie bezieht sich nur auf den anglo-amerikanischen Kulturraum. Heute, da die westliche Welt multikulturell ist, ist es für das Pflegepersonal äusserst wichtig über Multikultur nachzudenken und allen Betroffenen, wo immer sie auch herkommen, Unterstützung zukommen zu lassen. Neue Modelle führen zu neuen Pflegemethoden.

<p><b>Greenstreet, W. (2004). Why nurses need to understand the principles of bereavement theory. <i>British Journal of Nursing</i>, 13 (10). 590-593.</b></p>
<p><b>Fragestellung:</b> Warum müssen Pflegefachpersonen Verlusttheorien verstehen?</p>
<p><b>Ziel:</b> Es wird der Wert der Verlusttheorien für Pflegefachpersonen behandelt. Pflegefachpersonen sollen verstehen, was normale Trauer ist, sollen Vertrauen in ihre Fähigkeit gewinnen, in akuten schwierigen Situationen „dort bleiben“ zu können, um Hilfe anzubieten, Hilfe, die auf das Individuum zugeschnitten ist.</p>
<p><b>Design:</b> Leitlinie über Theorien der Trauer für Pflegefachpersonen</p>
<p><b>Setting:</b> Department of Adult Nursing Studies, Christ Church University College, Canterbury</p>
<p><b>Methode:</b> Eine Auswahl von psychologischen und soziologischen Verlusttheorien und Modellen werden in Zusammenhang mit der Pflege betrachtet. Die wachsende Anzahl von Literatur vergrößert das Verständnis des Trauerprozesses laufend.</p>
<p><b>Verschiedene Theorien:</b></p> <p><i>Das traditionelle Modell</i> von Parker (1972,1986) beschreibt den Verlauf des Trauerprozesses in vier Phasen von Schock bis Angleichung zur neuen Identität. Dieses traditionelle Bild führt eher zum Verständnis, dass Trauer eine Krankheit ist, anstatt Trauer als eine natürliche menschliche Sache anzuschauen. Eine Erweiterung ist das Übergehen vom passiven zum aktiven Verhalten gegenüber der Trauer. Die Trauernden durchleben nicht Phasen sondern bekommen Aufgaben. Dieses Modell hat einen starken medizinischen Schwerpunkt. Es hilft dem Pflegepersonal nicht, die normale Trauer zu verstehen.</p> <p><i>Das zweiteilige Prozessmodell:</i> Ströbe (1998) und Ströbe und Schut (1999) erklären die Entwicklung eines dynamischen dualen Systems. Es erklärt, wie der Trauernde mit Verlust umgehen kann und andere Veränderungen, die daraus entstehen. Das Modell hat eine verlustorientierte Seite: Verlust macht Mühe, es wird über den Toten geweint. Es hat eine aufbauorientierte Seite: es werden Veränderungen, neue Rollen, Aufgaben, die bewältigt werden müssen, neue Beziehungen verlangt. Trauernde pendeln oft zwischen diesen beiden Prozessen. Das Pendeln zwischen den zwei Systemen ist individuell. Konzentration auf einen einzigen Weg (traditionelles Modell) wird als Anormalität betrachtet. Das duale Modell zeigt, dass normale Trauer eine Sammlung von vielen Verhaltensmustern ist. Dieses Modell hilft den Pflegepersonen die Individualität der Trauernden besser zu verstehen.</p> <p><i>Ein neues Trauermodell:</i> Walter (1996) hat aus eigener Erfahrung vorgeschlagen eine Biographie über den Toten schreiben zu lassen, um ihn in Erinnerung zu behalten und ins tägliche Leben mit einzubeziehen. Das erreicht man, indem man über den Toten spricht, und nicht immer nur auf den Betroffenen fokussiert.</p> <p><i>Kultur und Trauer:</i> Walter (1996) hat den Einfluss von Kultur auf Trauer beschrieben. Er stellt Unterschiede in Trauer Ritualen zwischen englischen Arbeitern und englischen Mittelklassmenschen fest. Obwohl beide Gruppen englisch sind, verhalten sie sich im Trauerprozess ungleich. Ebenso wurden ägyptische muslimische Frauen mit balinesischen muslimischen Frauen beim Trauerprozess verglichen. Die Ägypterinnen zeigten Gefühle, Balinesinnen lächelten um ihre Trauer zu lindern. Das duale System zeigt hier, dass die Ägypterin verlustorientiert handelt und die Balinesin aufbauend.</p> <p><i>Persönlichkeit und Geschlecht:</i> Weiter wurde der Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Geschlecht betrachtet. Es gibt Geschlechterunterschiede in der Bewältigung der Trauer. Feminine Muster: Gefühle teilen, maskuline Muster: kognitive Strategien, Verhalten auf Problem fokussieren. Beide Muster sind normal. Sie sind nicht geschlechterspezifisch sondern an Geschlechtermuster gebunden. Männer und Frauen können beide Muster anwenden: intuitiv handeln, ist</p>

das weibliche Muster, instrumental handeln ist das männliche Trauermuster. Erklärt wird ebenfalls die Bedeutung der Persönlichkeit. Die Persönlichkeit bestimmt das Verhaltensmuster, entweder instrumental im Denken oder intuitiv in den Gefühlen. Muster sind selten eindeutig, es gibt einen Mittelweg, den „blended“ (gemischt). Auch wechseln die Tendenzen von eher weiblichen zu eher männlichen Verhaltensweisen.

Die Wahl der effektivsten Strategie ist für den Erfolg des Trauerprozesses entscheidend.

**Ergebnisse und Anwendungen der Theorien in der Praxis:** Trauer ist eine universal natürliche menschliche Reaktion bei Verlust. Hilfeleistung, welche die meisten Menschen anbieten, wenn sie einem Trauernden begegnen, auch Pflegepersonal, muss mit Reaktionen von Verhaltensweisen vertraut sein. Die grosse Menge an Verlusttheorien erleichtert dem Pflegepersonal das Verständnis für die Betroffenen. Die vielen Muster und Änderungen von Verhaltensformen zeigen dem Pflegepersonal, dass es sehr individuell handeln muss und nicht einfach erwarten kann, dass eine Theorie vorbehaltlos angewendet werden kann.

*Kultur und Pflege:* Zusammenfassungen über kulturelle Eigenheiten sind sehr nützliche Instrumente, aber auch da ist Vorsicht geboten: Keine Stereotypen, wie oben genannte Beispiele zeigen.

*Das neue TrauermodeLL und Pflege:* Viele Pflegepersonen wollen den Toten ins Leben einbinden, so wie es Walter (1996) vorschlug. Ältere Leute brauchen oft längere Unterstützung in Pflegezentren, so lernen Pflegefachpersonen deren Geschichte sehr gut kennen. Pflegepersonal sollte sich Zeit nehmen, diesen Geschichten zu lauschen und diese Momente mit den Betroffenen zu teilen. Biographie ist aber nur ein kleiner Teil des Trauerprozesses.

*Ganzheitliche Pflege und Trauer:* Pflege kann nicht entweder psychisch, physisch oder spirituell sein, sondern muss nach einem Verlust ganzheitlich angeboten werden. Nach der Trauer braucht es eine Perspektive für das ganze Leben, deshalb braucht es ganzheitliche Pflege. Die Pflegefachperson muss sehr aufmerksam sein, wenn jemand wegen Gesundheitsproblemen behandelt wird. Aufmerksamkeit bedeutet in erster Linie gutes Zuhören, um nachher eventuell weitere Unterstützung anzufordern. Es braucht Heilung, nicht einfach nur Wiederherstellung eines pathologischen Zustandes.

*Unterstützung der Betroffenen:* Theorien helfen der Pflegefachperson normale Trauer von komplizierten Fällen unterscheiden zu können. Es gibt auch Werke, die den Pflegepersonen Grenzen der Unterstützung aufzeigen. Sie lernen auch Varianten von weiteren Unterstützungsmöglichkeiten kennen. Vom Pflegefachpersonal werden Grundfertigkeiten verlangt (aufmerksames Zuhören). Ihre Rolle ist nicht therapeutischer Berater. Trotzdem können sie Betroffene weiterleiten, wie zu Selbsthilfegruppen. Es gibt viele verschiedene Arten solcher Gruppen, gut wenn die Helfer verschiedene davon kennen, um die richtigen vorschlagen zu können. Auch Wissen über die Risikofaktoren, sowie Voraussagen von möglichen Problemen, sind von grossem Wert.

*Das Duale Modell und die Pflege:* es gibt kein einziges Modell, das die Komplexität der menschlichen Trauer erfassen kann. Das duale Modell ist aber ein guter Anfang für das Pflegepersonal, das unbedingt mehr wissen will, für solche, die ihr Selbstvertrauen in ihre Pflege von Betroffenen erhöhen wollen. Dieses Modell ist gut anwendbar, dank der Möglichkeit des Pendelns. Es eröffnet viele Möglichkeiten, den Trauerprozess sehr individuell anzugehen.

**Diskussion:** Oft ist die Pflegefachperson die Fachperson, die beim Sterbenden zugegen ist. Auch häufig, wenn der Patient unerwartet stirbt, deshalb ist die Pflegeperson in den nachfolgenden Trauerprozess involviert. Der Wert von theoretischen Arbeiten betreffend Verlust, liegt für das Pflegepersonal darin, Reaktionen und Verhaltensweisen zu erkennen und den Betroffenen angemessene Hilfe anzubieten. Obwohl zu viele vorgegebene Muster eine Gefahr darstellen, sollten Pflegefachpersonen als Hilfe für ihre Arbeit kreative und kritische Theorien als Hilfsmittel annehmen, sonst haben sie nur ihre eigene kleine Wahrnehmung, auf die sie sich stützen können.

<p><b>Keesee, N. J., Currier, J. M. &amp; Neimeyer, R. A. (2008). Predictors of Grief Following the Death of One's Child: The Contribution of Finding Meaning. <i>Journal of Clinical Psychology</i>, 64 (10), 1145-1163.</b></p>
<p><b>Fragestellung:</b> Welche Risikofaktoren bestehen während des Prozesses der Sinnfindung nach einem Kindstod?</p>
<p><b>Ziel:</b> Ziel dieser Studie ist, den Zusammenhang zwischen dem Umstand des Todes, der Intensität der Sinnfindung und der Stärke der Trauersymptome festzustellen. Ziel davon ist, klinische Therapien abzuleiten.</p>
<p><b>Design:</b> Qualitative Studie, Phänomenologie</p>
<p><b>Setting:</b> Memphis Veteran's Administration Medical Center and University of Memphis</p>
<p><b>Stichprobe:</b> 157 Menschen kaukasischer Nationalität in 32 USA Staaten lebend, 81% davon Frauen. Durchschnittsalter 49 Jahre, Kind beim Tod im Durchschnitt 17 Jahre, Verlust durch Unfall oder Krebs.</p>
<p><b>Methode:</b> Zuerst Fragen zum Sinn des Todes und getrennt davon zum Nutzen des Todes, dann davon eine gemischte Version, in denen die Patienten den Prozess für beide (Sinn und Nutzen) beschrieben. Die 157 Teilnehmer mussten detailliert über sich Auskunft geben, diese wurde schriftlich oder online geführt. Die Teilnehmer wurden durch Flyers in Selbsthilfegruppen oder im Internet gesucht. Kreuzchenbogen mit Skala von nie bis immer vierstufig, mit vorgegebenen Antworten wie z. B. "ich kann nicht anders als wütend sein" mit Skala 1-5. Bei den Sinnfragen gab es auch qualitative Fragen mit offenem Ende „Gab es Wege um dem Tod einen Sinn zu verleihen“. Die Autoren meinen, dass es in Zukunft für solche Studien mehrere verschiedenartige Gruppen braucht.</p>
<p><b>Ergebnisse:</b> Ein Mangel an Nutzen verstärkt die komplizierte Trauer nicht aber die normale Trauer. Die häufigste Antwort ob im Tod ein Nutzen erkannt werden kann, war keiner. Die Autoren können nicht mit absoluter Sicherheit sagen, dass ein Fehlen von Sinngebung die Quelle von Trauer und Bestürzung ist. Wahrscheinlicher ist das Umgekehrte, Hilflosigkeit löst Bestürzung aus und verursacht Störungen in der Denkfähigkeit, was sich darin zeigt, dass jemand unfähig wird, einen Sinn im Tod zu sehen. Eltern, die gezwungen werden dem Tod einen Sinn zu geben und dabei Misserfolg haben, zeigen stärkere Indikatoren für eine komplizierte Trauer. Wesentlich tiefere Faktoren sind zeitliche, umständliche oder andere Faktoren des Todes.</p>
<p><b>Diskussion:</b> Wiederherstellen von einer für sich bedeutungsvollen Welt ist eine grosse Herausforderung. Es ist ein sehr schmerzhafter Prozess für diejenigen die die Sinnsuche machen und dabei scheitern. Beispiele: von 124 Befragten können über 70 bei plötzlichem Kindstod, Mord oder Verkehrsunfall keinen Sinn sehen. Sinngebung und Trauerintensität können auch das Resultat eines dritten nicht messbaren Faktors wie Sicherheitsdenken oder Gefühlsregulation sein. Das Messen von Sinngebung und Nutzen eines Todes ist problematisch einige Befragte waren von den Fragen verwirrt oder sogar beleidigt. Trotz Mängel bei Probandensuche kann diese Studie für klinische Arbeit Informationen liefern. Klinisches Personal sollte auf Risikofaktoren achten, welche immer im Zusammenhang mit normaler Trauer stehen. Klinisches Personal kann trauernde Eltern im Sinnfindungsprozess unterstützen.</p>

<b>Kendrick, K. D. (1998). Bereavement Part 1: theories of bereavement. <i>Professional Nurse</i>, 14 (1), 57-62.</b>
<b>Ziel:</b> Das Ziel ist, den Pflegefachfrauen bewusst zu machen, dass ihre Rolle den Trauernden zu helfen, eine Herausforderung ist.
<b>Design:</b> Leitlinie über Theorie der Trauer und die Rolle der Pflegefachpersonen
<b>Setting:</b> Division of Nursing, School of Healthcare Studies, University of Leeds
<b>Vorgang:</b> Diese Studie beleuchtet einige Theorien über Verlust in Bezug auf die Spitalwirklichkeit, da Pflegefachpersonen häufig jemandem begegnen, der eine Person verloren hat. Es werden verschiedene konkrete Fälle behandelt, Namen und Details wurden wegen Datenschutz geändert. Es werden einzelne Phasen des Trauerprozesses erklärt und den Pflegefachpersonen Hinweise zum Handeln gegeben.
<p><b>Einführung ins Thema Verlust:</b></p> <p><i>Verstehen:</i> Der Trauerprozess ist oft ein Stress für die Betroffenen und von physischen und psychischen Problemen begleitet, wie Alkohol-, Drogensucht, Suizidgedanken, Spitaleinweisungen. Dies unterstreicht nochmals die Wichtigkeit, dass Pflegefachpersonen wirkungsvolle Pflege auf dem Gebiet der Stressbewältigung anbieten können.</p> <p><i>Fall 1:</i> eine 36-jährige stirbt an einem Organkollaps. Folgende Reaktionen der Pflegefachpersonen wurden beobachtet: einige wollten die Patientin nicht behandeln, weil sie noch so jung war, weil sie das Opfer mit ihrem eigenen Leben verglichen. Sie mieden die Kranke. Sie wollten keine Fragen zum nahenden Tod beantworten, sie wollten nicht mit den Angehörigen reden.</p> <p>Pflegefachpersonen wenden viele Verteidigungsmechanismen an, weil sie unsicher sind.</p> <p><b>Trauerphasen:</b> Verdrängung, mit Wut umgehen (Fall 2: Vater wird gewalttätig gegenüber Pflegepersonal), einer guten Trauer entgegen gehen (der Trauer ins Gesicht schauen), Akzeptanz (Fall 3: einseitig gelähmter und dementer Mann weigerte sich den Tod seiner Frau zu akzeptieren. Nach schmerzvollem Trauerprozess und Akzeptanz verschwanden die Symptome von selbst), Zeit zum Trauern (viele Hinweise an Pflegepersonal um diese Phase zu unterstützen).</p>
<p><b>Ergebnisse:</b> Es ergibt sich die Liste von Aufgaben, die Pflegefachpersonen erfüllen können:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Betroffenen unterstützen, starke Gefühle zulassen</li> <li>• Den Betroffenen helfen, alleine leben zu können</li> <li>• Den Toten loslassen zu können</li> <li>• Dem Betroffenen bewusst machen, sich Zeit zu lassen, nach drei und 12 Monaten mit dem Vermissten Kontakt aufzunehmen</li> <li>• Dem Betroffenen mitteilen, sein Verhalten sei normal</li> <li>• Ihn, als Individuum behandeln</li> <li>• Für längerfristige Unterstützung sorgen (Selbsthilfegruppe)</li> <li>• Ihn auf ungeeignete Verhaltensformen (Drogen) aufmerksam machen</li> <li>• Wenn nötig spezielle Hilfe anfordern</li> <li>• Freunde und Verwandte willkommen heißen und ihnen auch zuhören</li> <li>• Ehrlich aber diskret antworten</li> <li>• Für den Betroffenen verfügbar bleiben</li> <li>• Getränke offerieren</li> </ul> <p>Das Wichtigste ist da zu sein und zuhören!!! Die Pflegefachpersonen müssen ihre Grenzen kennen und in der Pflege und Unterstützung effektiv sein. Keine falschen Versprechungen machen.</p> <p>Für die Betroffenen wurde ein Flugblatt, in dem die verschiedenen Trauerphasen beschrieben werden, kreiert. Dazu wurde ein Kondolenzbrief geschrieben und die Nummer der Station beige-</p>

legt.

**Diskussion:** Pflegepersonen müssen innovativ sein und immer neue Aspekte zur Unterstützung suchen, vor allem aber auch Hilfe von anderen annehmen, wie Pfarrer, Psychologe oder Sozialarbeiter. Es ist immer schwierig mit Trauernden, und Pflegefachpersonen sollten ihre eigene Verwundbarkeit nicht vergessen. Diese Studie hat Verlusttheorien kritisch beleuchtet und sie aufs wirkliche Leben übertragen. Wir können Trauern nie ganz verstehen, aber wir wissen, dass Trauer in all ihren Facetten ein notwendiger Teil ist, den Verlust im Endeffekt zu akzeptieren. Pflegefachpersonen können den Betroffenen begleiten.

<b>Kent, H. &amp; McDowell, J. (2004). Sudden bereavement in acute care settings. <i>Nurs Stand</i>, 19 (6), 38-42.</b>
<b>Ziel:</b> Das Ziel der Untersuchung ist, die beste Begleitung und Unterstützung für Menschen aufzuzeigen, die plötzlich eine nahestehende Person verlieren, die im Spital gestorben ist. Wissenschaftlich fundierte Pflege wird präsentiert.
<b>Design:</b> Leitlinie zur Pflege bei plötzlichem Tod in einer Akutstation
<b>Setting:</b> Western Infirmary, Glasgow
<b>Stichprobe:</b> Es wird nur von Menschen gesprochen, die einen Angehörigen unerwartet während des Spitalaufenthalts verloren haben. Nicht eingeschlossen sind plötzlicher Kindstod und Tod von Kindern.
<b>Theorie über Trauer:</b> Nach Kübler-Ross (1969) gibt es fünf Stadien der Trauer: Ablehnung, Ärger, Feilschen, Depression, Akzeptanz. Die Phasen dauern kürzer oder länger je nach Individuum. Worden (1991) sagte, um den Trauerprozess erfolgreich zu bewältigen, muss jeder Trauernde diese Stadien durchleben um an sein Ziel zu gelangen. Es gibt grosse Debatten über die Nützlichkeit der Identifikation von Gefühlen. Der Trauerprozess sollte sich so zeigen, dass die Menschen meinen, es sei eine einfache Sache. Nach Davies (1997) gibt es aber auch Betroffene, die nicht nach der Norm reagieren, die aber nicht als anormal bezeichnet werden dürfen. Sie könnten sich nämlich als vorverurteilt fühlen. Theorien über Trauer sollten nur ein Hilfsmittel sein, um sich darüber zu informieren, wie Trauernde reagieren könnten. Trauernde empfinden nach plötzlichem Tod Schuld Ärger und grösseren Verlust als diejenigen, die den Tod erwarteten. Auch deutlich höher ist die Sterberate in den folgenden zwei Jahren für die Erstgenannten. All diejenigen die innerhalb eines Jahres eine Selbsthilfegruppe besuchten, taten dies, weil sie während des Todes der geliebten Person Angst und Ärger erlebt hatten. Das Pflegepersonal muss jederzeit die bestmögliche Pflege anbieten und solche Pflege muss auf Verwandte und Freunde ausgedehnt werden. Diese Unterstützung befähigt die Hinterbliebenen zu trauern.
<b>Prinzipien der besten Praxis zur Betreuung des Trauernden nach einem akut eingetretenen Tod:</b> Es werden verschiedene Stationen der Pflege diskutiert: Kontakt, Ankunft im Spital, Informationen über den Tod, Leichenschau, Wertsachen, weiterführende Pflege. Bei Kontaktaufnahme sind die Worte entscheidend. Die Betroffenen müssen genauestens informiert sein, an wen sie sich wenden können. Es schafft Vertrauen, wenn immer die gleiche Pflegefachperson die Ansprechperson bleibt. Ein geschützter Raum mit Privatatmosphäre zum Trauern sollte zur Verfügung stehen. Unprofessionelle Informationen hat eine schreckliche Wirkung auf den Trauerprozess. Einfach da sein, zuhören oder nur Zeuge des beginnenden Trauerprozesses zu sein, ist der beste Dienst, den eine Pflegefachperson leisten kann. Unterstützung für Trauernde, ohne Rücksicht auf ihre Art der Reaktion, ist zentral. Auch Pflegefachpersonen dürfen ihre Betroffenheit zeigen. Zeit mit dem Toten zu verbringen, kann den Trauerprozess positiv beeinflussen. Die Pflegefachpersonen sollen die Betroffenen dazu ermutigen, die Leiche zu berühren, mit dem Toten zu sprechen, ihn vielleicht zu waschen. Wichtig ist, dass der Tote friedlich präsentiert wird. Durch dieses Ritual kann der Tod besser akzeptiert werden. Die Wertsachen sollten liebevoll präsentiert werden und respektvoll behandelt werden. Die Betroffenen vergleichen diese Handhabung mit der Pflege, die der Verstorbene bekam. Religion und Kultur sind alles entscheidend, Familien müssen nach besonderen Bedürfnissen gefragt werden, damit keine religiösen Gefühle verletzt werden.  Erklärt wird auch, dass eine Organspende dem Tod eine Bedeutung geben kann und den Trauerprozess erleichtert. Bis zwei Wochen nach dem Tod wird empfohlen, telefonisch oder mit handgeschriebenem Brief in Kontakt zu treten. So können Betroffene noch Fragen stellen und es ist eine Quelle des Trostes.

**Ergebnisse:** Wer durch plötzlichen Tod jemanden verliert, leidet länger und mehr als wenn jemand nicht unerwartet stirbt. Pflegefachpersonen haben in dieser Situation eine wichtige Aufgabe. Sie müssen Erleichterung für die Betroffenen im zu erwartenden Trauerprozess bringen. Normalerweise beginnt die Behandlung von den Angehörigen vor dem Tod. Wenn dieser aber plötzlich eintritt, muss den Hinterbliebenen sofort, praktische und mit viel Zuwendung wissenschaftlich fundierte Pflege erbracht werden. Die Pflege und Beachtung die den Trauernden unmittelbar nach dem Tod der geliebten Person zukommt, ist extrem entscheidend für den späteren Erfolg des Trauerprozesses. Diese Pflege muss sensibel sein von praktischer Art und auf einer wissenschaftlichen Grundlage basieren.

**Diskussion:** Die oben genannten Prinzipien sind Hilfsmittel, die, wenn sie die besonderen und individuellen Wünsche der Betroffenen berücksichtigen, als relevant angeschaut werden können. Diese Prinzipien praktisch angewendet, garantieren gute und auf wissenschaftlicher Basis fundierte Pflege für Trauernde, die unerwartet jemanden verloren haben.



<b>Laakso, H. &amp; Paunonen-Ilmonen M. (2002). Mothers' experience of social support following the death of a child. <i>J Clin Nurs</i>, 11 (2), 176-85.</b>
Diese Studie analysiert die Trauer und deren Bewältigung durch Mütter, welche ihr Kind verloren haben. Der Schwerpunkt behandelt die Erfahrungen der Mütter, welche die Unterstützung erhalten haben.
<b>Ziel:</b> Das Ziel ist, Therapien zur Hilfe und Unterstützung der Mütter zu finden und somit deren Leben nach dem Verlust zu erleichtern.
<b>Design:</b> Qualitative Studie, Phänomenologie
<b>Setting:</b> Durchführung in der Universität Tampere, Finnland, auf der Abteilung für Pflegewissenschaft
<b>Stichprobe:</b> Es wurden von 91 Anfragen gemacht, 50 Interviews mit Müttern, die ihr eigenes Kind unter sieben Jahren verloren haben, durchgeführt. Die Befragung fand frühestens ein Jahr nach dem Verlust statt, weil es vorher ethisch nicht vertretbar gewesen wäre. Die Erlaubnis der Durchführung wurde von einer Ethikkommission gegeben.
<p><b>Methode:</b> Es wurden nur Mütter interviewt, welche ihr eigenes Kind verloren hatten. Die Datenerhebung basiert auf Fakten. Die Umfrage beinhaltet offene Fragen, zur Relevanz der empfangenen Unterstützung und zur Art der individuellen Trauerbewältigung. Zusätzlich enthält der Fragebogen die Hogan Grief Reaction Checkliste, welche Daten über die Art des Trauerns sammelt. Die Befragten beantworten 60 verschiedene Aussagen (von sehr zutreffend bis nicht zutreffend) betreffend ihrer eigenen Trauerarbeit. Teilweise strukturierte Interviews wurden zusätzlich geführt, um die Daten der Umfrage zu vertiefen. Die Themen betreffen die Zeit vor dem Tod des Kindes, den Todeszeitpunkt und die Zeit danach. Zur Datenerhebung wurden eine Zwei-Weg-Analyse, Fragen mit offenem Ende und zusätzlich zur Unterstützung eine quantitative Ja-Nein-Frage zu der Hogan Grief Checkliste und eine Kreuztabelle eingesetzt.</p> <p><b>Ethik:</b> Nach der Anfrage wurde den Müttern genügend Zeit eingeräumt, sich für die Teilnahme zu entscheiden, da das Thema emotional sensibel ist. Alle Interviewer waren professionelle Mitarbeiter, sie hatten genaue Informationen über die Durchführung der Interviews. Es muss damit gerechnet werden, dass die Mütter während des Interviews unvorhergesehen reagieren. Die Frage taucht auf, ob es vertretbar ist, mit nicht einschätzbaren Reaktionen eine Studie durchführen zu dürfen. Aus den Antworten der Mütter ist zu entnehmen, dass das Interview ein wichtiger Teil der Trauerarbeit bedeutete, da die Ereignisse nochmals erzählt werden konnten und der Zuhörer Aufmerksamkeit entgegen brachte. Die Befragten blieben anonym und bei nicht Reagieren auf die Anfrage wurde aus ethischen Gründen nicht nachgefragt. Die Beteiligten wurden über den Inhalt der Studien genaustens informiert und ihre Zustimmung wurde eingefordert.</p>
<p><b>Ergebnisse:</b> Es wird zwischen Unterstützungen von nahestehenden und professionellen Helfern unterschieden und die Reaktionen sind unterschiedlich.</p> <p><b>Soziale Unterstützung:</b> Es wird als positiv empfunden über Tod und Trauer zu sprechen. Waren die Gesprächspartner sehr nahestehende Menschen, war die Verzweiflung grösser wegen der emotionalen Nähe als beim Arzt oder Pflegepersonal. Wer wenig Unterstützung vom Pflegepersonal erhielt, zeigte mehr körperliche Beschwerden und verlangte Hilfe eines Arztes. Positive Entwicklung erlebten Mütter, welche sich auf Personen stützten, die Unterstützungsbereitschaft zeigten und das Trauern selber als Schwerstarbeit begriffen. Wer professionelle Hilfe brauchte, gab an, weniger positive Entwicklung zu empfinden. Wer professionelle Hilfe einholte, zeigte mehr Vorwürfe und Ärger. Mehr emotionale Zurückhaltung (Vermeid von Zärtlichkeit und anderen Personen) wurde bei Müttern festgestellt, die professionelle Hilfe beansprucht hatten. Mütter suchten Unterstützung bei Ärzten, wenn es z. B. um Konzentrationsschwierigkeiten ging.</p>

*Hilfe und Unterstützung von nahestehenden Personen:* Mütter machten sowohl positive sowie negative Erfahrungen mit der Unterstützung von Eltern, Ehegatte, Kindern, Verwandten, Freunden und Kollegen. Als wichtigste Personen wurden immer der Ehegatte und die überlebenden Kinder bezeichnet. Emotionale Unterstützung erhielten die Trauernden oft von ihrer eigenen Mutter, da sie dadurch Fürsorge erlebten. Informative Unterstützung, wie Organisation der Beerdigung, wurde auch positiv empfunden. Negativ erlebten die Mütter das Auseinanderbrechen der Freundschaften. Viele Menschen empfinden es als schwierig über den Tod zu sprechen und vermeiden daher direkten Kontakt. Normalerweise bringt ein Kindstod die Eltern näher zusammen, es kann aber auch das Gegenteil eintreffen. Entscheidend ist die Fähigkeit des Ehegatten den Tod des Kindes immer wieder zum Thema zu machen.

*Unterstützung von Trauerselbsthilfegruppen und anderen Selbsthilfegruppen:* Mütter waren eher bereit als Väter an einer Selbsthilfegruppe für Trauer teilzunehmen. Die Gruppe bot einerseits Unterstützung, andererseits löste sie Ängste aus. Trauer ist auch Privatsache. Für die Mütter war es leichter mit Leidensgenossinnen über ihre Trauer zu sprechen, welche ähnliche Erfahrungen durchgemacht haben und sie wollten Mütter in ähnlichen Lebenssituationen kennen lernen.

*Unterstützung durch professionelles Hilfspersonal:* der Kontakt mit einer Pflegefachperson wurde positiv erfahren. Unterstützung durch die Kirche wurde als positiv und negativ aufgenommen. Positiv war, wenn die Mütter bei den Formalitäten der Beerdigung eine Aufgabe erhielten. Sie waren beleidigt, wenn sie nur als Statisten auftreten konnten. Vom Praxispersonal erwarteten die Mütter praktische Ratschläge, Informationen über Selbsthilfegruppen, echtes Interesse an ihrem Umgang mit Trauer und Kommunikationsbereitschaft.

**Diskussion:** Es gibt sowohl positive wie negative Unterstützung. Eltern haben weniger intensive Trauerreaktionen gezeigt, als solche die weniger oder keine Unterstützung erhielten. Ein inneres Bild des Kindes ist eine wichtige Quelle für soziale Unterstützung. Es ist wichtig zu wissen, dass beide Elternteile die Trauer unterschiedlich erleben.

Die Möglichkeit, bei Bedarf einen Arzt kontaktieren zu können, ist unerlässlich und muss immer gegeben sein. Die Familienkultur zu kennen, fördert eine gute Unterstützung durch das Pflegepersonal.

<p><b>Riley, L P., Lamontagne, L. L., Hepworth, J .T. &amp; Murphy, B. A. (2007). Parental grief responses and personal growth following the death of a child. <i>Death Studies</i>, (31). 277-299.</b></p>
<p><b>Hypothese:</b> Je mehr der drei Dispositionen, Optimismus, Lage meistern und „wahrgenommene“ soziale Beziehung, gelebt werden, desto weniger intensiv ist die Trauer, desto weniger komplizierte Reaktionen und desto mehr persönliche Reife der Hinterbliebenen ist zu erwarten.</p>
<p><b>Ziel:</b> Die Studie soll helfen positive Ansätze und Interventionen zu unterstützen, die trauernden Eltern zu ermutigen, persönlich am Unglück zu reifen.</p>
<p><b>Design:</b> Quantitative Studie</p>
<p><b>Setting:</b> College of Nursing, University of Alabama at Huntsville, USA</p>
<p><b>Stichprobe:</b> Es wurden 35 Mütter über eine Zeitdauer von sechs Monaten in zwei Trauerzentren im Südosten der USA befragt, deren Kind unter 21 Jahren von zwei bis 30 Monaten gestorben war. 90 % sind verheiratet, 92 % Kaukasierinnen, alle sind gebildet, durchschnittlich 44-jährig, zwischen 25 und 66 Jahren alt. Die häufigsten Todesursachen waren Unfall (58%) und Tod eines Neugeborenen (12.5%). Das Durchschnittsalter der Kinder war 12-jährig, die durchschnittliche Zeit nach dem Verlust betrug 15.7 Monate.</p>
<p><b>Methode:</b> Rekrutierung durch Compassionate Friend Support Groupe die Zusammenkünfte und Beratungen in zwei Städten durchführten. Weitere wurden durch Inserate in monatlichen Zeitschriften gefunden. Die Studie wurde den Teilnehmern vom Hauptverantwortlichen persönlich oder per Telefon erklärt. Es wurden eins zu eins Interviews durchgeführt. Die Mütter unterschrieben eine Einverständniserklärung und füllten während etwa 45 Minuten einen Fragebogen aus.</p> <p><i>Erste Disposition, Optimismus:</i> Diese wurde mit LOT-R-Methode mit einer fünf-Punkte-Skala von sehr zutreffend (0) bis überhaupt nicht zutreffend (4) bewertet.</p> <p><i>Zweite Disposition, Lage meistern:</i> Diese wurde mit der COPE-Skala bewertet. Es wurden 36 Themen ausgewählt und in drei Abteilungen aufgeführt: aktives Verarbeiten, Unterstützung suchendes Verarbeiten und positives Wiederherstellen der Situation.</p> <p><i>Dritte Disposition, wahrgenommene soziale Beziehungen:</i> Diese wurde mit der ISS-Methode bewertet, welche aus fünf Punkten nach Likert-Skala (1-5) besteht, „beschreibt mich überhaupt nicht“ (1) bis „beschreibt mich sehr gut“ (5). Diese Disposition wurde weiter in drei Kapitel gegliedert: Verhalten bei Trauer (61 Fragen), komplizierte Trauer (19 Themen) und persönliches Wachstum mit einer Skala von „habe ich nicht so erfahren“ bis „erfuhr ich als grosse Veränderung“.</p>
<p><b>Ergebnisse:</b> Zuerst erfolgt die Korrelationsanalyse. Die Hypothese wird wie erwartet erfüllt. Für die komplizierte Trauer ist das Resultat identisch. Persönliche Reife steht überall in einem positiven Zusammenhang mit mehr Optimismus, mehr Kooperation und mehr wahrgenommenen sozialen Beziehungen. Mit anderen Worten, wer Hilfe sucht, entwickelt mehr persönliche Reife.</p>
<p><b>Diskussion:</b> Diese Studie untersucht den Zusammenhang zwischen dem Willen der Mütter die Lage zu meistern und den Folgen, die bei einem Verlust entstehen. Es gibt einen starken Zusammenhang zwischen optimistischer Haltung und der Art der Trauerbewältigung. Optimistische Mütter erlebten weniger intensive Trauer. Optimisten zeigten weniger Sehnsucht, weniger Unglauben und weniger Abgestumpftheit, und sind daher gesünder als andere. Die Erklärung dazu ist folgende: die Optimisten sehen die Zukunft positiv, sie können auch mit schwierigen Situationen umgehen, sie verstehen wenn die Besserung der Situation nur langsam eintritt. Folgendes Resultat war unerwartet: Es konnte nicht belegt werden, dass aktives Angehen der Probleme die komplizierte Trauer vermindert. Es ist möglich, dass Problem lösen nicht mit effektiven Strategien geschieht, wenn der Trennungsschmerz einen Menschen überwältigt. Auch die Sehnsucht nach</p>

Wiedervereinigung konnte durch Aktivität nicht vermindert werden.

Bedeutende Übereinstimmungen wurden zwischen Menschen, die Unterstützung suchten, und ihrer Reaktion auf die Trauer festgestellt. Der Wunsch mit jemandem den Schmerz und den Verlust zu teilen (soziale Verbindungen), lösen Emotionen aus. Diese Emotionen müssen unbedingt zugelassen werden.

Der Zusammenhang zwischen Optimismus und persönlicher Entwicklung ist positiv für trauernde Eltern, obwohl dies statistisch nicht nachweisbar war. Andere Studien haben einen solchen Zusammenhang nachweisen können (z. B. Nolen-Hoeksema & Larson, 1999). Aber diese Beziehungsarten brauchen weitere Studien zur Bestätigung.

Positives Verhalten und persönliche Reife können in Zusammenhang gebracht werden. Menschen mit der Disposition, die Lage zu meistern, können besser mit Stress umgehen. Unterstützung suchende trauernde Eltern entwickeln auch mehr persönliche Reife. Dies spricht für Selbsthilfegruppen. Mütter wollten sich eher mit einem Lächeln als mit Tränen an ihre Kinder erinnern. Dies ist eine positive Veränderung, die in den Gruppen diskutiert wird. Wer Unterstützung erhielt, zeigte mehr persönliche Reife. Das soziale Netz wird als äusserst wichtig empfunden. Ganz sicher kann sich das Pflegepersonal solchen positiven Gefühle nähren.

Grenzen der Studie sind, dass das Krenzchensystem die Studie limitiert, es braucht noch weitere Messungen und Befragungen und es wurden leider nur Mütter kaukasischer Nationalität befragt. Die Stärke der Studie ist der Einbezug von persönlicher Entwicklung als eine positive Seite der Trauerarbeit. Es ist besser aktiv als passiv zu trauern. Der Beitrag zum Thema Optimismus stärkt in jeder Lebenslage.

<p><b>Woodgate, R. L. (2006). Living in a World Without Closure: Reality for Parents Who Have Experienced the Death of a Child. <i>Journal of Palliative Care</i>, 22 (2), 75-82.</b></p>
<p><b>Ziel:</b> Das Ziel der Studie ist, neue Einsichten zu gewinnen, wie Eltern den voraussehbaren Tod des Kindes erleben und die Phase danach bewältigen. Das Hauptgewicht der Studie liegt auf der Erfahrung der Eltern, die die Trauer nicht beenden wollen.</p>
<p><b>Design:</b> Qualitative Studie, Phänomenologie</p>
<p><b>Setting:</b> University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada</p>
<p><b>Stichprobe:</b> Es nahmen 28 Eltern, davon 17 Mütter und 11 Väter, von 18 Familien aus westlichen Städten Kanadas teil. 61% der Eltern waren Mütter und 39% Väter im Alter zwischen 35 und 67, 89% verheiratet oder in einer Partnerschaft. Alle Teilnehmer hatten ein weiteres Kind, 93% waren Kaukasen. Der Todeszeitpunkt der Kinder lag zwischen drei Tagen und 28 Jahren. Verstrichene Zeit seit dem Ereignis sieben Monate bis 18 Jahre. Die meisten Kinder wurden nicht in einer Spezialklinik für Palliativmedizin behandelt.</p>
<p><b>Methode:</b> Die Studie dauerte 18 Monate und es wurden rückschauende Interviews mit offenem Ende geführt. Zehn Familien wollten als Paar interviewt werden, acht als Individuen. Drei Paare wollten mehr als ein Interview geben. Eine Sitzung dauerte 90 Minuten bis drei Stunden und wurde vom Autor selber durchgeführt. Die Teilnehmer beschrieben detailliert das Leben vor und nach dem Tod des Kindes. Zusätzlich wurden weiterführende Fragen gestellt. Die Themen wurden isoliert betrachtet. Die Aussagen wurden dann so reduziert, dass das Wesentliche des Erlebnisses sichtbar und klar wurde. Schwierig zu interpretieren war, der Zusammenhang zwischen den einzelnen spezifischen Teilen der Gesamtheit des Textes. Die Eltern mussten die Erfahrung wirklich durchlebt haben, deshalb wurde bei der Probandensuche sehr genau vorgegangen. Die Art der Krankheit spielte keine Rolle, auch die Zeitspanne zwischen Tod und Interview nicht. Es wurden Studien und Untersuchungen zum Lebensende vom Autor selber gelesen, um die Teilnehmenden nicht zu verletzen. Ein ethisches Komitee der Universität erlaubte die Untersuchung.</p>
<p><b>Ergebnisse:</b> Die meisten Eltern konnten kaum beschreiben, wie die Zusammenhänge während der Krankheit von einer Phase zur nächsten waren. Sie äusserten, dass sie eine Art Veränderung fühlten, als das Kind gestorben war, aber dass sie immer noch in dieser Übergangsphase haften blieben. In jeder neuen Trauerphase nahm die Intensität der Trauer zu, aber die Trauernden suchten trotzdem kein Ende der Trauerarbeit.</p> <p>Zitat einer Mutter: "Nur die Gesellschaft will ein Ende des Falls! Wir können schon weiterleben und weiterfahren, aber einen Abschluss, das wollen wir auf keinen Fall. Es wird nie so sein wie vorher, aber damit abschliessen, niemals. Ich will die Erinnerung an sie (das Mädchen) nicht vergessen, wie mutig sie war und wie spirituell. Nur die Gesellschaft weiss nicht, wie mit dem Tod umzugehen ist, deshalb verlangt man ein Ende der Trauer. Die anderen wollen das."</p> <p><i>Themen, die die Erinnerungen beeinflussen:</i></p> <p>1. <i>Erinnerungen wach behalten:</i> Eltern wollen den Kontakt zur verstorbenen Person aufrecht erhalten. Sie erinnern sich vor allem gerne an die Zeiten vor der Krankheit. Um die Erinnerung wach zu halten, machen Eltern z. B. eine Website von ihrem Kind oder feiern das Ritual des Geburtstages. Die Art der Zuwendung vor dem Tod hat mit dem Erleben der Erinnerung zu tun.</p> <p>Die Erinnerung an die letzte Phase vor dem Tod beeinflusst die Art der Trauer auch wesentlich.</p> <p>2. <i>Gute Eltern sein:</i> Gute Eltern sein, heisst in diesem Fall, das Kind so glücklich wie möglich zu machen und so wenig wie möglich leiden zu lassen, wirklich Eltern sein und nicht nur so zu tun als ob man es wäre. Gute Eltern sein, heisst auch da sein. Fühlten sich die Eltern vom Pflegepersonal respektiert, hatten sie das Gefühl bessere Eltern zu sein, als andere. Oft fühlten sich die Teilnehmer wie eine Pflegefachperson, weil sie viele Behandlungen zu Hause machen mussten.</p>

Sie hätten sich oft mehr Unterstützung von Personal gewünscht, damit sie wirklich Eltern sein konnten. Viele Eltern hatten schlechte Gefühle, weil sie zu viel ihrer wertvollen Zeit mit Behandlungen verbrachten. Ein Vater meinte: "Die Ärzte machten alles, aber es ging der Tochter nicht besser. Sie hätten diese Zeit besser ihm überlassen." Einige Pflegefachpersonen hörten nicht auf die Erfahrung der Eltern und führten einfach ihr Pflegeprogramm durch. Die Eltern fühlten sich manchmal wie Aussenseiter, statt wie ein wichtiger Bestandteil.

3. *Während des Todes dort sein:* Dies war für die Eltern ein zentraler Punkt der Eltern-Kind-Beziehung. So hatten sie das Gefühl, die Elternrolle erfüllen zu können. Zitat einer Mutter: "wir waren froh, dass sie zu Hause war und wir waren völlig für sie verantwortlich." Etwa ein Drittel äusserte, sie hätten während des Sterbens wirklich ihren Beitrag leisten können, andere sagten, dass ihre Gegenwart vom Pflegepersonal nicht beachtet wurde. Die Elternrolle wurde in dem Moment, wo sie am nötigsten war, unterdrückt. Während dieser Phase wollten die Eltern keine Fremden dabei haben, auch nicht solche, die über lange Zeit die Kinder pflegten, weil das Sterben als sehr privater Moment gilt. Aber die Eltern fühlten sich wiederum verschaukelt, wenn keiner des Pflegepersonals anwesend war.

4. *Jemand muss nach dem Tod für mich da sein:* Gute Freunde und Verwandte sind von grosser Wichtigkeit um Erinnerungen zu teilen, so kann das Kind gegenwärtig bleiben.

**Diskussion:** Die wichtigste Erkenntnis der Studie ist, dass diejenigen Eltern, die ihr Kind durch Krankheit verloren haben, die Trauerphase nicht beenden wollen, auch nach einer längeren Phase nicht. Die Triebfeder um die Beziehung aufrecht zu erhalten, ist das Kind in der Erinnerung lebendig zu erhalten. Das ist hilfreich für die Eltern, um mit dem Verlust umzugehen. Man weiss, dass Banden aufrecht erhalten gut ist, z. B. Dinge der Kinder aufbewahren, Stiftungen gründen, um dem Tod einen Sinn zu geben. Die Eltern müssen einfach das Gefühl haben, alles Menschenmögliche getan zu haben. Ein Ergebnis dieser Studie ist, dass Eltern, die die Ablösung vom Kind nicht suchen, im Gegensatz zu dem stehen, was allgemein als normale Trauer angesehen wird.

**Auswirkungen für Pflegefachpersonen:** Die Studie zeigt, dass Pflegefachpersonen noch grosse Unterstützung leisten können, während der letzten Phase der Krankheit und lange über den Tod des Kindes hinaus. Die Eltern, die mit Schuldgefühlen wenig Erfahrung haben, sollten besser beraten werden. Eine würdige Therapie während der letzten Phase ist entscheidend, d. h. den Eltern viel Verantwortung gegenüber ihrem Kind zu geben und sehr wichtig ist, eine sorgfältige Sprache zu benützen, Klischees müssen vermieden werden. Eine Stiftung zu gründen, oder eine Homepage zu eröffnen, machte Eltern besonders stolz. Letztlich ist zu beachten, dass viele Eltern während der Todesphase vom Pflegepersonal als Partner aufgegeben werden, und dies muss geändert werden.

<b>Znoj, H. J. &amp; Keller, D. (2002). Mourning Parents: Considering Safeguards and their Relation to Health. <i>Death Studies</i>, (26), 545-565.</b>
<b>Fragestellung:</b> Wie viel Regulierung braucht es, um mit dieser schwierigen Situation, dem Verlust, umzugehen?
<b>Ziel:</b> Die Regulierung der Gefühle nach grossem Verlust ist die schwierigste Aufgabe für trauernde Eltern. Zu wenig Regulation ist ebenso ungesund, wie zu viel, was auch zu psychischen Problemen führen kann. Das Hauptgewicht wird auf Denkstile und „Rettungsanker“ gelegt. Es werden Formen von angemessener und unangemessener emotioneller Regulierung aufgezeigt.
<b>Design:</b> Quantitative Studie
<b>Setting:</b> Institut für Psychologie, Universität Bern
<b>Stichprobe:</b> Die Hauptgruppe bestand aus 596 Personen, aus zwei Gruppen. Die erste Gruppe bestand aus 196 Personen der Selbsthilfegruppe „Regenbogen“, die zweite Gruppe aus 400 ehemaligen Patienten aus dem Inselspital. 87 Personen (44%) der Regenbogengruppe haben den Fragebogen ausgefüllt und 89 Personen (22%) der Gruppe vom Inselspital. Die Teilnehmenden wurden nur einmal anonym angefragt, somit ist die Ethik gewährleistet und niemand wurde forciert. Für die Kontrollgruppe wurden 313 Personen angefragt, wovon 124 den gleichen Fragebogen ausfüllten. Von diesen 124 haben 75 Teilnehmer einen Nahestehenden verloren, aber sie waren nicht Eltern, die ein Kind verloren hatten. Beide Gruppen stammen vorwiegend aus der Mittelschicht und der Frauenanteil überwiegt in beiden.
<b>Methode:</b> Die Umfrage beinhaltet Ja/Nein Fragen zur Gesundheit, vier Fragen zu angemessener und zwei zu unangemessener Regulierung. 24 Fragen konnten mit „sehr unzutreffend (1) bis sehr wahr (6)“ beantwortet werden. Die Personen wurden anonym und nur einmal angefragt, somit ist die Ethik gewährleistet.
<b>Ergebnisse:</b> 37% haben erhöhte Anzeichen einer Depression und die trauernden Eltern haben höhere posttraumatische Symptome als die Kontrollgruppe. Alles was mit Trauer in Zusammenhang steht zu verdrängen, scheint für den Betroffenen ein relativ sicherer Weg um sich vor Depression zu schützen. Das Problem ist jedoch, je mehr Anstrengung der Trauernde unternimmt um schmerzvolle Zustände zu vermeiden, desto grösser ist sein Risiko von schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen.
<b>Diskussion:</b> Verlust birgt ein grosses Risiko psychisch krank zu werden. Fehlgeschlagene emotionelle Reaktionen bedeuten Bewusstwerden der schwierigen Situation und mögliche schwerwiegende Folgen daraus. Andererseits kann ein grosser Verlust auch zu einer besseren emotionalen Reaktion führen. Sicher ist, dass während des Trauerprozesses der Betroffene lernt besser mit der Situation umzugehen. Wer einen Rettungsanker auswirft, kann trotz grossem psychischem Leiden besser mit schwierigen Gefühlen umgehen. Die Resultate zeigen auch, dass das Gefühl, durch diesen Verlust ein besserer Mensch geworden zu sein, möglicherweise in Zusammenhang mit der emotionalen Regulation steht. Für das Pflegepersonal ist wichtig zu erkennen, dass Menschen über ihre Situation sprechen dürfen, dass sie unterstützt werden, wenn sie Methoden zur emotionalen Regulierung entwickeln, dass aber ein Zuviel (unangemessenes emotionelles Verhalten) ein wichtiger Faktor für komplizierte Trauer ist, was vor allem die klinische Behandlung interessiert. Unbestritten ist immer, dass die kulturelle Umgebung und die individuellen Verhaltensweisen alles entscheidend sind und dass Trauerarbeit sehr komplex ist. Eine genaue Antwort, wie viel emotionelle Regulierung notwendig ist, kann nicht gegeben werden.

## H) Die 6 Schritte der EBN-Methode

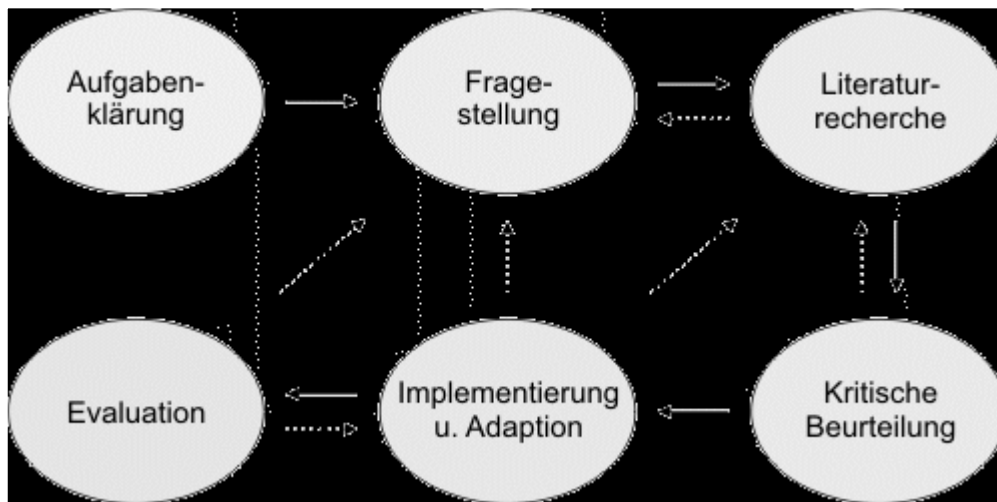


Abb. 2: Die 6 Schritte der EBN-Methode  
(Behrens & Langer, 2004b)



## **I) Selbstständigkeitserklärung**

### Selbstständigkeitserklärung

“Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht.“

Freiburg, 5. Juli 2010

Olivia Luginbühl